

GAZETA LEKARSKA

TRESC. I. Z. BYCHOWSKI. Teoretyczne podstawy leczenia spastycznych porażen metodą FOERSTER'a. Str. 611. II. STANISŁAW SASKI. Zmiany miejscowe w krążeniu przy ruchach czynnych kończyny. (Dok.) Str. 616. *Dział sprawozdawczy.* 97. E. FLATAU. O nowotworach rdzenia. Str. 621. *Przegląd bibliograficzny.* WEADYSEAW JANOWSKI. Współczesne metody badania serca. Ocenił W. STARKIEWICZ. Str. 627. *Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.* Posiedzenia sekcji neurologiczno-psychiatrycznej dnia 19-go lutego i 19-go marca 1910 r. Str. 629 i 631. *Wiadomości bieżące.* Str. 635. *Ogłoszenia.*

I. Teoretyczne podstawy leczenia spastycznych porażen metodą Foerster'a¹⁾

Napisał

Z. Bychowski,

ordynator oddziału w szpitalu na Pradze.

W 1908 r. wrocławski neurolog FOERSTER²⁾ opisał nową metodę leczenia ciężkich spastycznych stanów w kończynach, zwłaszcza dolnych. Chorzy, u których FOERSTER stosował swoją metodę, dotknięci byli bądźto chorobą LITTLE'a, chorobą POTTA, bądź stwardnieniem bocznych pęczków rdzenia i t. p. i byli zupełnie pozbawieni dowolnych ruchów w odpowiednich kończynach. Pod względem ściśle chirurgicznym operacja ta nowych pomysłów nie zawiera, polega bowiem na przecinaniu niektórych ściśle określonych tylnych korzonków, poprzedzonym, oczywiście, laminectomią. I nie przesądzając bynajmniej praktycznej wartości tej metody i przyszłej skali jej stosowania, co byłoby wogóle jeszcze przedczesnem, pragnąłbym tu omówić bliżej teoretyczne przesłanki i logiczne wnioski, na których tle powstała myśl o tej operacji i które—teoretycznie—zupełnie ją usprawiedliwiają. Bo bez względu na

¹⁾ Odczyt, wygłoszony 22. II. 1910 r. na klinicznym posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

²⁾ Behandlung spastischer Lähmungen mittels Resektion hinterer Rückenmarkswurzeln. Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie, 1909, t. 20.

przyszłe jej losy, operacya FOERSTER'a zostanie na zawsze ciekawym dokumentem niektórych panujących we współczesnej neurologii prądów. Widzimy, jak ściśle spostrzeżenia kliniczne, połączone z doświadczeniami w pracowni, mogą być wyzyskane w celu pogłębienia istoty niektórych stanów chorobnych. Szczególnie godnym uwagi jest pewien optymizm, który zaczyna owiewać i współczesną neurologię, o której nawet wśród lekarzy rozpowszechnione jest mniemanie, że wraz z rozpoznaniem kończy się często jej cała rola kliniczna. Nowoczesne, nieraz zupełnym skutkiem uwieńczone leczenie nowotworów mózgu i rdzenia, dobitnie dowiodło, że i w neurologii, jak i we wszelkiej innej nauce trzeba być powściągliwym z ostatecznym *ignorabimus*. Należy umieć połączyć w jedną całość rozmaite rozproszone fakta i wiadomości, i wyciągnąwszy z nich ostateczne wnioski, nie cofnąć się przed ich praktycznym zastosowaniem.

Wracając do swego tematu, który będę tu traktował głównie z punktu widzenia neurologicznego, pozwolę sobie przedewszystkiem, dla ułatwienia zadania, przypomnieć w kilku słowach o *środku i torze nerwowe*, przez które każdy dowolny impuls ruchowy przejść musi, nim zostanie urzeczywistnionym. Przypuśćmy, że chodzi o jakiś niezłożony dowolny ruch w kończynie. Rozróżniamy, jak wiadomo, dwie główne stacje ośrodkowe: t. zw. ośrodki czuciowo-ruchowe w korze i komórki ruchowe w przednich rogach rdzenia. Obie te główne stacje łączą się między sobą zapomocą szlaków piramidowych w obszernem tego słowa znaczeniu. Zaczynają się one bezpośrednio w korze mózgowej od tak zw. olbrzymich komórek piramidowych, przechodzą następnie rozsiane i przeplatane rozmaitemi włóknami projekcyjnymi i asocjacyjnymi przez koronę promienistą (*corona radiata*), aż coraz więcej wachlarzowo się schodząc, skupiają się nareszcie w wewnętrznej torebce (*capsula interna*), ściśle mówiąc—w jej kącie i tylnem kolanie. Stąd jako jednolite już pęki przechodzą przez nóżki mózgowe i most WAROLA i dostają się do rdzenia przedłużonego (*medulla oblongata*). Tu następuje znane, niezupełne zresztą, krzyżowanie się szlaków piramidowych, przyczem znaczniejsza część szlaku przechodzi w przeciwległą stronę rdzenia, biorąc udział w tworzeniu jego bocznych pęczków. Tu też one się kończą w najbliższem sąsiedztwie odpowiednich komórek ruchowych przednich rogów. [Szczegóły anatomiczne niezupełnie zresztą jeszcze ustalone o bliższym stosunku szlaków piramidowych do komórek ruchowych szarej istoty rdzenia, mogą być tu zupełnie pominięte]. Przedostawszy się do przednich rogów, impuls ruchowy przez przednie korzonki i ruchowe nerwy dochodzi nareszcie do ostatecznego swego celu i objawia się w postaci kurczu tej lub owej gromady mięśni. Rola ruchowych komórek przednich rogów i obwodowych nerwów jest zupełnie ustalona i dyskusyi nie podlega. Przy przecięciu jakiegos obwodowego nerwu ruchowego lub zniszczeniu jakiejś gromady komórek ruchowych w przednich rogach (*poliomyelitis anterior*), ruch dowolny staje się w odnośnych mięśniach niemożliwym. Nie będę się też zastanawiał tu bliżej nad rolą ośrodków korowych i nad temi, prawdopodobnie bardzo złożonemi sprawami, które tam przy koncepcyi każdego dowolnego ruchu zachodzą. Szczegółowa natomiast

uwaga należy się bocznym szlakom piramidowym, które zwykle uważane bywają za głównych przewodników impulsów ruchowych od ośrodków korowych do przednich rogów rdzenia. Spostrzeżenia kliniczne, doświadczenia laboratoryjne i badania anatomopatologiczne nasuwają pod tym względem dużo obiekty. Przy zniszczeniu wskutek krwotoku lub urazu wewnętrznej torebki, kiedy mamy więc zupełną przerwę komunikacji między ośrodkami kory, a przednimi rogami, następuje zupełne połowicze porażenie w przeciwnych kończynach, co jest zupełnie zgodne z poprzednim powszechnie przyjętym schematem. W swoim klinicznym przebiegu takie połowicze porażenia torebkowego pochodzenia różnią się, jak wiadomo, od połowicznych porażień korowych między innymi tem, że wtedy, kiedy te ostatnie dosyć prędko [czasami już po kilku dniach] zaczynają ustępować, pierwsze—t. j. torebkowe—trwają długo, nawet bardzo długo i figurują w podręcznikach, jako „klasyczne trwałe porażenia połowicze“ (*Klassische dauernde Hemiplegie*—MONAKOW). Ale i u takich chorych, o ile przedtem nie zginą—co najczęściej ze względu na ogólne towarzyszące objawy się zdarza—zaczynają po dłuższym czasie i przy odpowiednim z nimi obchodzeniu się występować niektóre dowolne ruchy w dotkniętych kończynach. Widywałem takich chorych, którzy rok i dłużej leżeli zupełnie nieruchomo, a jednak mimo to odzyskali jeszcze tyle ruchów dowolnych, że mogli nawet posługiwać się swymi kończynami przy chodzeniu, jedzeniu i t. p. Szczególnie pouczającym był dla mnie pod tym względem chory z kulą w lewej półkuli mózgowej, którą na zasadzie połowiczego znieczulenia, połowiczego zniesienia pola widzenia (*hemianopsia*) i wyników badań rentgonograficznych, umiejscowiłem z wielkim prawdopodobieństwem w torebce wewnętrznej. Chory ten—młody człowiek—przeszło rok nie mógł wykonać absolutnie żadnego dowolnego ruchu dotkniętymi kończynami. Po owym jednakże czasie chory ten zaczął stopniowo się poprawiać i obecnie po upływie 3-ech lat od urazu chodzi przy pomocy laski, wlokąc tylko prawą nogę, posługuje się prawą ręką przy jedzeniu i t. p., jakkolwiek inne objawy uszkodzenia wewnętrznej torebki—połowicze znieczulenie i połowicze zniesienie pola widzenia—nie uległy żadnym zmianom. Ciekawsze jeszcze są stosunki przy t. zw. swoistem stwardnieniu bocznych pęczków rdzenia (*sclerosis lateralis*). I tu pomimo zupełnego zwyrodnienia szlaków piramidowych, chorzy są jeszcze zdolni do rozmaitych złożonych nawet ruchów dowolnych [chodzenie i t. p.], a nawet wtedy, kiedy już zupełnie utracili możliwość posługiwania się swymi dolnymi kończynami i są przykuci zupełnie do łóżka, to, jak pokazuje szczegółowa analiza, niemożność chodzenia nie jest zależną od przerwy w przewodnictwie impulsów ruchowych, lecz od zupełnie innych okoliczności, do których wkrótce powrócę. Więc nawet i zupełne zwyrodnienie bocznych szlaków piramidowych zasadniczo nie przeszkadza przedostaniu się impulsów ruchowych od kory do szarej istoty rdzenia.

Upośledzeniu lub zniesieniu ruchów dowolnych przy zwyrodnieniu szlaków piramidowych towarzyszy zwykle, jak wiadomo, cały szereg jeszcze innych zjawisk natury ruchowej, których przy niezajętych szlakach piramidowych albo wcale nie było, albo były ledwie uwydatnione. Po pierwsze, wy-

stępuje—po nagłym uszkodzeniu szlaków piramidowych dopiero po pewnym czasie—wzmózona pobudliwość odruchowa w kończynach. Wystarczy lekkie uderzenie po *lig. patellare* lub w ścięgno Achillesa, żeby otrzymać niezwykle żywy odruch, który często rozprzestrzenia się i na takie gromady mięśniowe, które zwykle przy wywoływaniu danego odruchu zachowują się spokojnie. Więć następuje nie tylko wyprostowanie goleni, lecz i zgięcie uda i stopy. Nawet odnośne mięśnie drugiej kończyny też odruchowo się kurczą. Występują żywe odruchy i od okostnej na górnych kończynach, tak samo wprowadzające w ruch liczne gromady mięśniowe. I odruchy podeszwowe stają się często niezmiernie żywe i obejmują nie tylko grzbietowe zginacze stopy, ale przenoszą się i na zginacze kolana, uda i t. d.

Po drugie, po zwyrodnieniu szlaków piramidowych występuje wzmózony tonus mięśniowy (*hypertonia*) w niektórych lub we wszystkich mięśniach odnośnych kończyn. Wiemy, że i przy zwykłych warunkach każdy mięsień znajduje się w stanie pewnego, ciągle zmieniającego się napięcia, które i podczas snu nie zupełnie ustępuje. Ale przy zajęciu szlaków piramidowych ta hipertonia staje się coraz intensywniejszą i dochodzi nareszcie do bardzo wysokiego stopnia. Mięśnie stają się twardymi, posągowo się zarysowują. Występują t. zw. spastyczne przykurczenia, dla których przezwyciężenia należy czasami użyć znacznej siły biernej. Z biegiem czasu i ta ostatnia już nie jest wystarczającą, bo wskutek długotrwałego stanu spastycznego, elastyczność w niektórych najwięcej napiętych mięśniach się zmniejsza, następuje w nich rozrost tkanki łącznej i w rezultacie na miejscu spastycznego przykurczenia występuje już stałe t. zw. przykurczenie wskutek marskości (*Schrumpfkontraktur*), której towarzyszą już nierzadko i zmiany w więzach, torebkach stawowych i nawet chrząstkach odnośnych stawów. Takie przykurczenia oczywiście nie ustępują już i przy narkozie i przy znieczuleniu lędźwiowem, podczas których czysto spastyczne przykurczenia bardzo szybko znikają, oczywiście tylko na krótki czas [1—2 dni]. Tu należy jeszcze przypomnieć, że i w warunkach normalnych tonus mięśnia się zwiększa w miarę zbliżenia się jego punktów przyczepu. A ponieważ u chorych, o których tu mowa, niektóre mięśnie są zawsze w stanie największego zbliżenia się ich punktów przyczepu, to i ta okoliczność znowu przyczynia się do wzmóżenia ich tonusu. Jeżeli weźmiemy na przykład chorego, dotkniętego spastycznym porażeniem dolnych kończyn, który leży w łóżku w zwykłej pozycji, t. j. z wyciągniętymi i przybliżonemi do siebie nogami, to właśnie w mięśniach najwięcej czynnych podczas danej pozycji (*extensores femoris et cruris, adductores femoris et cruris, flexores plantae pedis*), więc znajdujących się w *maximum* swego skurczu, najdobitniej wzmoże się i ich tonus, co też zwykle się spostrzega. Wszystko to zaś razem czyni tych chorych coraz mniej zdolnymi do posługiwania się swemi kończynami, z początku, na przykład, przy chodzeniu na schodach, a następnie i zwykłym chodzeniu. Wytwarza się w ten sposób prawdziwe koło zaczarowane.

Trzecie zjawisko, które spostrzegamy u naszych chorych polega na tem, że każdemu jeszcze możliwemu dowolnemu ruchowi towarzyszą rozmaite

bezcelowe współruchy (*synkinese*). Przy dowolnem zginaniu uda występuje mimowolna fleksja dorsalna stopy. Przy podniesieniu jednej nogi podnosi się mimowoli i druga. Przy dowolnem ułożeniu dłoni w pięść, widać zgięcie w łokciu, podniesienie się ramienia i t. d. Nierzadko nawet występują takie współruchy, które dowolnie wcale nie można wywołać.

Z tego wszystkiego należy przedewszystkiem wyprowadzić wniosek, że szlaki piramidowe nie są wyłącznymi przewodnikami impulsów ruchowych i że nawet zupełne ich zwyrodnienie lub zniszczenie zasadniczo nie wyklucza jeszcze możności dopięcia impulsów ruchowych do ostatecznego swego celu. I wieloliczne badania doświadczalne, zapoczątkowane przez STARLINGERA na kotach, a powtórzone następnie przez PRUSA, PROBSTA i ROTHMAN'a [na małpach] dowiodły, że zupełne przecięcie obudwu szlaków piramidowych tylko na krótki czas pozbawia zwierzęta możliwości posługiwania się swemi kończynami.

Oczywiście, że pod naciskiem tych faktów trzeba było zmienić pierwotną koncepcję o roli szlaków piramidowych. Co się tyczy przypadków z uszkodzeniem ciągłości jednego tylko szlaku piramidowego—na przykład, przy ognisku w wewnętrznej torebce—to wiele faktów przemawia za tem, że tu druga nieuszkodzona półkula mózgowa bierze na siebie część ruchowych obowiązków uszkodzonej półkuli. Więc, jeżeli mamy ognisko w lewej wewnętrznej torebce z porażeniem kończyn po prawej stronie [właśnie to krzyżowanie się ogniska z porażeniem dowodzi, że w normalnych warunkach impulsy ruchowe idą wyłącznie przez boczny skrzyżowany szlak piramidowy], to z biegiem czasu niektóre impulsy ruchowe mogą dostać się z prawej półkuli przez przednie nieskrzyżowane szlaki piramidowe do dotkniętych prawych kończyn¹⁾.

¹⁾ Nie chcąc rozszerzyć zbytnio ramek niniejszego odczytu, nie mogę tu omówić szczegółowo kwestyi zastępstwa półkul, tem bardziej, że ona dla głównego interesującego nas tematu nie ma bezpośredniego znaczenia. Uczynię to na innem miejscu. W kilku słowach chciałbym tylko zwrócić uwagę na jedno zjawisko, które opisał GRASSET (*Un signe de paralysie organique du membre inferieur. Revue neurologique 1905*) i niezależnie od niego i ja (*Zur Phasenomenologie bei cerebralen Hemiplegie. Neurologisches Centralblatt 1907*), które według mnie tłómaczy się dobrze teorią o zastępstwie półkul. Jeżeli mianowicie chory, dotknięty połowiczą paręzą pochodzenia mózgowego, może już podnosić dotkniętą dolną kończynę na pewną wysokość, to chcąc na rozkaz podnieść obie kończyny jednocześnie, dotkniętej albo wcale nie podnosi, albo podnosi ją znacznie niżej, niż ją podnosił poprzednio oddzielnie, przyczem i zdrową kończynę też podnosi nieco niżej, niż dawniej. Tłómaczę sobie to zjawisko w ten sposób, że impuls ruchowy, który teraz wychodzi z jednej półkuli, ściślej mówiąc, z jednego ośrodka ruchowego dla obudwu kończyn, i którego część zostaje skierowaną przez boczne szlaki piramidowe do przeciwległej kończyny, a druga część przez przedni szlak piramidowy do kończyny po tejże stronie znajdującej się, nie ma, że tak powiem, dosyć napięcia, żeby mózż wywołać jednocześnie oba ostateczne efekty (podnoszenie kończyny) z tą samą intensywnością, z jaką on to czynił kiedy całkowicie był skierowany do jednego tylko przeciwległego bocznego szlaku piramidowego, t. j. do jednej tylko kończyny. GRASSET, zresztą, podaje zupełnie inne tłómaczenie, które wydaje mi się mniej prawdopodobnem, niż moje.

II. Z ODDZIAŁU CHORÓB WEWNĘTRZNYCH DOC. DRA MED. W. JANOWSKIEGO
W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS W WARSZAWIE.

Zmiany miejscowe w krążeniu przy ruchach czyn-
nych kończyny.

Przez

Stanisława Saskiego.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 25).

Na wstępie do opisu doświadczeń zaznaczyłem, iż prócz określania ciśnienia przed i po ruchach kończyny, zwracałem również uwagę na ewentualne zmiany w częstości oraz jakości tętna, zależne od wykonywanych ruchów. Przytem co do częstości tętna otrzymałem następujące wyniki: w 46% przypadków po ruchach ręki wystąpiło przyspieszenie tętna, dochodzące niekiedy do 16-u uderzeń w obliczeniu na minutę, zwykle jednak przyspieszenie wynosiło tylko 4—8-u uderzeń na minutę. W 28% przypadków nastąpiło, przeciwnie, zwolnienie tętna w stosunku 4-ch—6-u uderzeń na minutę. Zarówno przyspieszenie, jak i zwolnienie tętna trwało zazwyczaj nie więcej nad 30 sekund, poczem liczba uderzeń powracała do normy. W jednym tylko przypadku, w którym po ruchach przedramienia w ciągu 30-u sek. wystąpiło przyspieszenie o 12 uderzeń na minutę, tętno powróciło do normy zaledwie po 2-u minutach. Wreszcie w 26% przypadków liczba uderzeń pozostała bez zmiany. Nie mogłem stwierdzić żadnego stałego związku pomiędzy zmianami w liczbie uderzeń tętna a stanami chorobnymi, wybieranych do doświadczeń osób, ich wiekiem lub zmianami w ciśnieniu, wywołanemi przez ruchy ręki. Prawdopodobnie odgrywa tu rolę z jednej strony siła, względnie szybkość wykonywanych ruchów, z drugiej indywidualne różnice w pobudliwości serca, zależne od jego stanu lub też od stopnia przejęcia się danego osobnika wykonywanem na nim doświadczeniem.

Co się tyczy zmian w charakterze tętna po ruchach ręki, to przedmiotowe zbadanie ich zapomocą zapisywania krzywej tętna tętnicy promieniowej natrafiło na znaczne trudności, gdyż po pierwsze, obecność mankietu od tętnopisu uniemożliwiała wykonywanie ruchów kисти; po drugie, czas potrzebny dla ponownego ustawienia tętnopisu, zdjętego na przeciąg wykonywania ruchów, wystarczał dla wyrównania się zaszłych w jakości tętna zmian, tak, iż otrzymane przeze mnie krzywe po wykonaniu szeregu ruchów przedramieniem prawie się nie różniły od krzywych, otrzymanych przed doświadczeniem. Muszę tu nadto zauważyć, iż w tego rodzaju doświadczeniach pewne różnice w krzywych tętna mogą wypływać z niezupełnie identycznego powtórnego ustawienia tętnopisu, co,

jak wiadomo, może być przyczyną znacznych różnic w otrzymanych krzywych. Krzywe tętnopisowe, otrzymane przy wyżej wspomnianych doświadczeniach z tonografem JAQUET'a, również nie wykazywały wyraźniejszych różnic przed i po ruchach. Wyjątek stanowi jedna krzywa, w której tętno tętnicy promieniowej prawej, o charakterze tętna miękkiego, po ruchach ręką lewą stało się prawie dwubitnem, a po zginaniu przedramienia prawego w ciągu 1-ej minuty okazało cechy tętna naddwubitnego. Przy zwykłym wymacywaniu tętnicy promieniowej można było stwierdzić, iż przez czas bardzo krótki po zaprzestaniu ruchów, fale tętna były niższe, niż normalnie, sama tętnica stawała się węższą, a ściany jej bardziej miękkimi.

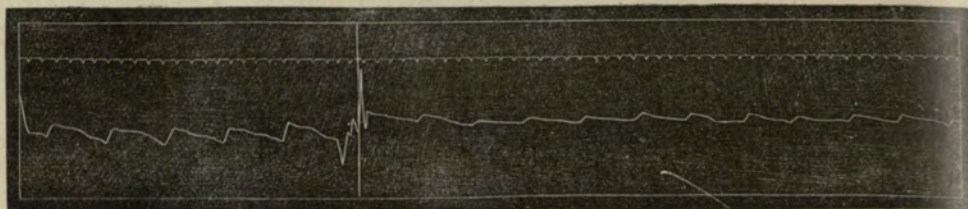
W celu zbadania zachowania się tętna w częściach bardziej obwodowo od tętnicy promieniowej położonych, zastosowałem podany przez M. HERZ'a ¹⁾ sposób zapisywania tętna włosowatego. Przyrząd do tego służący, zwany onychografem, składa się ze zwykłego tętnopisu JAQUET'a oraz drewnianej podstawki, opatrzonej metalową dźwignią, do której jednego ramienia przymocowuje się tętnopis. Położenie tętnopisu daje się regulować przy pomocy specjalnej śruby, znajdującej się u przeciwległego ramienia dźwigni. Tętnopis ustawia się w ten sposób, aby jego pelota uciskała na paznokieć ułożonego na podstawie palca, przyczem zmiany kształtu palca, zależne od różnicy między skurczowem a rozkurczowem wypełnieniem naczyń krwionośnych, zostają zapisane na papierku w postaci krzywej. Podobna krzywa zwie się onychogramem, co dałoby się spolszczyć w wyrazach „krzywa paznokciowa tętna“. Z wysokości oraz kształtu fal krzywej można do pewnego stopnia sądzić o zachowaniu się najdrobniejszych tętniczek oraz naczyń włosowatych palca.

W celu przekonania się, czy tętno włosowate ulega jakimś zmianom w zależności od ruchów kiści, względnie przedramienia, otrzymałem szereg krzywych onychograficznych w ten sposób, iż naprzód na części papierka zdejmowałem normalne tętno włosowate, następnie polecałem choremu wykonywać w ciągu pewnego czasu zginanie i rozginanie kiści lub przedramienia i po identycznym ustawieniu peloty na palcu zdejmowałem na tym samym papierku nową krzywą. Zastrzegając się co do wszelkich źródeł pomyłek przy porównywaniu tego rodzaju krzywych tętna, o których mówiłem powyżej, pozwalał sobie na przytoczenie dla przykładu odcinków dwu otrzymanych w ten sposób krzywych.

Prawie we wszystkich tych doświadczeniach otrzymałem jednobrzmiące wyniki, dające się streścić w ten sposób, iż fale krzywej onychograficznej po ruchach ręki stają się znacznie niższymi, względnie znikają zupełnie, jeżeli przedtem były dość niskie. Drgnięcia wtórne na krzywych paznokciowych po doświadczeniu po większej części zupełnie znikają. Zgodnie z tłumaczeniem krzywej onychograficznej, podanem przez M. HERZ'a, a potwierdzonem

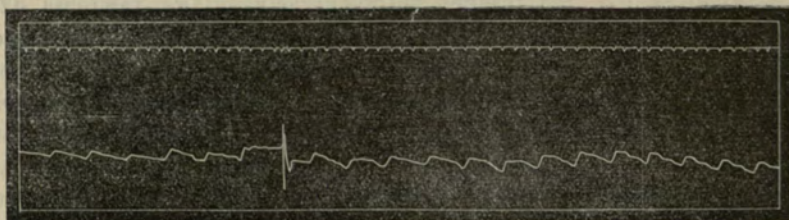
¹⁾ HERZ M. Der Puls der kleinsten Gefässe. Onychographische Untersuchungen, Wiener Klinik, 1896, z. 6—7.

przez GLAESSNER'a¹⁾, skłonny byłbym do przypuszczenia, że świadczy to o zwężeniu światła naczyń włosowatych oraz doprowadzających do nich krew najdrobniejszych tętniczek.



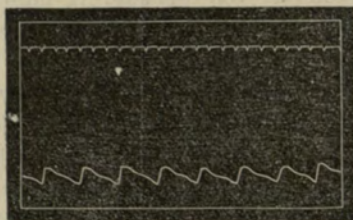
Rys. 1.

Na lewo od linii pionowej tętno włos. prawidłowe; za linią tętno włos. po wykonaniu w ciągu 20" ruchów kciężką i przedramieniem.



Rys. 2a.

Tętno włosowate prawidłowe.



Rys. 2b

To samo po machaniu ręką w ciągu 15 sek.

Powrót tętna do stanu pierwotnego odbywał się w przeciągu rozmaitego czasu, naogół jednak dość powoli, tak, iż przeważnie długość pa-

¹⁾ GLAESSNER K. Klinische Untersuchungen ueber den Kapillarpuls. Deutsch. Arch. f. klin. Med., t. 97, z. 1—2.

pierka nie wystarczała do otrzymania zupełnie identycznego z pierwotnem tętna. Np. w jednym przypadku, w którym po ruchach ręki zamiast krzywej otrzymałem prostą linię, pierwsze drgnięcia tętna wystąpiły dopiero w 34 sekundy po rozpoczęciu zapisywania tętna. W tych przypadkach, w których wysokość fal się zmniejszała, a ich drgnięcia wtórne znikaly, powrót do normy odbywał się w ten sposób, iż naprzód można było zauważyć zwiększanie się fal, a nieco później dopiero zaznaczały się na nich drgania wtórne. Np. na krzywej rys. 2b fale przestały się powiększać po 8,6 sekundach, a zupełnie prawidłowe drgnięcia wtórne wystąpiły po upływie 11,6 sek., czyli o 3 sek. później. W myśl twierdzeń HERZ'a i GLAESSNER'a objaw ten należałoby tłumaczyć w ten sposób, iż kapilary powracają do normalnej szerokości szybciej, niż drobne tętniczki.

Pozwolę sobie uczynić tutaj jeszcze wzmiankę o wynikach, otrzymanych przy pomocy onychografii w przypadku chromania przestankowego, gdyż przypadek ten przedstawia tylko pewną modyfikację wykonywanych przeze mnie doświadczeń z ruchami ręki. Chory, którego miałem sposobność zbadać w kierunku zachowania się tętna włosowatego dzięki uprzejmości dra S. GOLDFLAMA, liczył lat 50. Dolegliwości, charakterystyczne dla chromania przestankowego, występujące pierwotnie wyłącznie w nodze lewej, w ostatnich czasach poczęły się przejawiać również i w nodze prawej, ustępując jednak co do natężenia objawom ze strony kończyny lewej. Onychogram, otrzymany z palca ręki tego chorego, przedstawiał się w postaci prostej linii, bez śladu tętna. Krzywa, zdjęta z wielkiego palca nogi prawej, wykazywała bardzo drobne fale tętna. Analogiczna krzywa z nogi lewej, poza lekką falistością, zależną od t. zw. fal TRAUBE-HERING'a, nie posiadała fal tętna włosowatego. Gdy chory po forsownem chodzeniu począł odczuwać ból i drętwienie w kończynach, przyczem wystąpiło wyraźne zblednięcie grzbietu stóp i dolnych odcinków podudzi, krzywa onychograficzna z palca nogi prawej zatraciła posiadane przedtem drobne fale tętna, onychogram zaś z nogi lewej przedstawiał się, jak i przed chodzeniem, w postaci prostej linii.

Zestawiając wyniki naszych doświadczeń, otrzymane przy jednoczesnem zastosowaniu metod badania sfigmograficznego i sfigmomanometrycznego, dochodzimy do następujących wniosków i wypływającego z nich tłumaczenia zjawisk, obserwowanych na kończynie podczas wykonywania nią ruchów, stosowanych zazwyczaj przy badaniu mięśni na apokamnozę. Zastrzegamy się tu na wstępie, iż we wnioskach tych musimy rozpatrywać oddzielnie pracującą część kończyny oraz część jej, leżącą bardziej obwodowo.

Ponieważ nie może ulegać wątpliwości, iż do mięśni pracującej części kończyny musi dopływać znaczniejsza ilość krwi, doświadczenia zaś nasze wykazały, jak widać z tablicy II, że pomimo tego ciśnienie skurczowe w tej części kończyny nie ulega podniesieniu, a nawet czasem opada poniżej swej poprzedniej normy, nasuwa się więc z tego powodu od razu wniosek, iż zjawisko to zależy od znacznie ułatwionego odpływu krwi. O słuszności tego wniosku przekonywa nas ostatecznie następujące doświadczenie. Jeżeli wykonywać ruchy kисти lub przedramieniem, zacisnąwszy uprzednio ramię za-

pomocą mankietu RECKLINGHAUSEN'a, w którym ciśnienie utrzymywane jest w ciągu doświadczenia na wysokości 50-u do 70-u mm. Hg., to żyły skórne bardzo szybko wypełniają się silnie krwią, przyjmując postać grubych, silnie napiętych sznurków; na ręce zaś w ten sam sposób uciśniętej, lecz pozostającej w spoczynku, do tak znacznego zastoju krwi żyłnej przychodzi po daleko dłuższym okresie czasu. Wskutek właśnie tak znacznie ułatwionego odpływu krwi spostrzegamy w pracującej części kończyny zmniejszenie amplitudy tętna [PD]. Do wystąpienia tego zjawiska w pewnej, mianowicie $\frac{1}{3}$ części przypadków, przyczynia się spostrzegane przez nas podniesienie ciśnienia rozkurczowego, co do którego nie podejmujemy się rozstrzygnąć, o ile zależało ono od stopnia napełnienia krwią naczyń w obrębie pracującej części kończyny, o ile zaś od zwiększenia gry nerwów naczyńioruchowych.

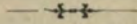
Przechodząc do zmian, zachodzących w krążeniu w najbardziej obwodowych odcinkach wykonywającej ruchy kończyny, musimy przedewszystkiem stwierdzić, iż w znacznej większości przypadków [80%] część obwodowa kończyny górnej bladła, dalej, iż w doświadczeniach naszych ujawniła się pewna zależność między stanem naczyń skórnych kiści a wysokością ciśnienia krwi w tętnicach palcowych. Jak bowiem z tablicy I wynika, przy zblednięciu ręki najczęściej [65%] występuje obniżenie ciśnienia w tętnicach palcowych, przy braku zaś zblednięcia, lub przy zblednięciu bardzo słabem, w najznaczniejszej odsetce przypadków [69%] ciśnienie pozostaje niezmienionem. Ponieważ doświadczenia z jednoczesnem określaniem ciśnienia na obudwu kończynach wykazały, iż prawie we wszystkich przypadkach obniżenie PG miało miejsce wyłącznie na kończynie pracującej, przeto wypływa stąd wniosek, iż obniżenie to było czysto miejscowem, zależnem od zmienionych warunków krążenia w danej kończynie. Rozpatrzenie wyżej omówionego materiału oraz ostatnio przytoczone doświadczenie, uwidoczniające ułatwiony odpływ krwi przy pracy kończyny górnej, zdawałyby się uprawniać do wniosku, że zblednięcie kiści zależy od samego tylko ułatwionego odpływu krwi. Przeczy temu jednak fakt, iż nawet w warunkach utrudnionego odpływu krwi z kończyny, zaciśniętej przepaską gumową, kiść blednie, o ile wykonywamy nią ruchy. Nasuwa to od razu przypuszczenie, iż mamy tu do czynienia nie tylko z ułatwionym odpływem, ale i ze zmniejszonym dopływem krwi. Przypuszczenie to znajduje potwierdzenie w materiale zebranym drogą onychografii, z którego wynika znaczne zmniejszenie się tętna po machaniu kiścią. Podobne, nie ulegające żadnej wątpliwości, zmniejszenie fali tętna najbardziej obwodowego, przy jednoczesnym spadku ciśnienia obwodowego nie może zależeć od niczego innego, jak od zmniejszonego dopływu krwi do naczynek najbardziej obwodowych. Podobne zmniejszenie odpływu może mieć miejsce tylko dzięki decydującej pracy regulującej nerwów naczyńioruchowych kiści. Jak wyżej zaznaczyliśmy, dla przyjęcia zmiany w *vis a tergo* przy naszych doświadczeniach nie mamy dostatecznych podstaw. Wynika stąd, iż przynajmniej przez pewien krótki okres czasu na początku wykonywania stosowanych przez nas ruchów, cała kończyna rozporządza taką samą ilością dopływającej do niej krwi, jak i przed rozpoczęciem doświadczenia. Ponieważ

zaś pracujące jej mięśnie zużywają niewątpliwie zwiększoną ilość krwi, nerwy więc naczynioruchowe, wywołując spazm naczyń najbardziej obwodowych, odgrywają w danym razie rolę regulującą, umożliwiającą mięśniom pracę w możliwie największym stopniu ¹⁾.

Doświadczenia więc nasze stanowią jeden z licznych przyczynków, dowodzących decydującej roli gry t. zw. „serca obwodowego“ w ukrwieniu poszczególnych części naszego ustroju w miarę ich potrzeb i są jednym z dowodów celowości pracy tego „serca obwodowego“.

Na tem miejscu składam serdeczne podziękowanie Szan. P. Doc. drowi W. JANOWSKIEMU za rady i wskazówki, któremi mnie w ciągu niniejszej pracy wspomagał.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



97. E. Flatau. O nowotworach rdzenia. [Księga jubileuszowa dra BRONISŁAWA SAWICKIEGO].

Sprawa chirurgicznego leczenia nowotworów rdzenia dopiero od niedawna weszła na właściwe tory. Pierwszej operacji nowotworu w przypadku rozpoznanym przez GOWERS'a dokonał HORSLEY w r. 1887; obecnie istnieje już 136 operowanych przypadków. U nas operacji takich dokonali KRAJEWSKI, CZARKOWSKI, KRAUZE, ODERFELD i KRUSCHE z GOLDMANEM. Dotychczasowa statystyka wykazuje 52% operacji z pomyślnym wynikiem. Nowotwory rdzenia podzielić można na dwie grupy: na nowotwory umiejscowione w otoczkach rdzenia [w kręgosłupie i oponach] i nowotwory wewnątrzrdzeniowe. Pierwszą grupę można podzielić na 3 podgrupy: nowotwory kręgowo, nowotwory zewnątrzkręgowo, drażące do kanału kręgowego i nowotwory wewnątrzkręgowo. Autor obserwował osobiście 21 przypadków nowotworów umiejscowionych w otoczkach rdzenia i podaje szczegółowy opis tych przypadków, przyczem w 7-u przypadkach nowotwory wyrastały z kręgosłupa, w 5 u nowotwory, usadowione na zewnątrz kręgów, drażyły następnie do kanału kręgowego, wreszcie w dwu przypadkach nowotwory były umiejscowio-

¹⁾ Już po napisaniu niniejszej pracy znalazłem podobne tłumaczenie mechanizmu blednięcia kończyny górnej przy pracy mięśniowej w przypadku *dyskinesiae intermitt. brachiorum*, podanym przez OEHLER'a. (*Ueber einen bemerkenswerten Fall von Dyskinesia intermittens brachiorum. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1907, t. 92, z. 1-2*). Zaznaczyć przytem należy, iż, jakkolwiek OEHLER w opisie swego przypadku uwzględnił rzeczywiście zjawisko blednięcia rąk podczas napadu *dyskinesiae*, nie przypisuje mu jednak żadnego znaczenia, i dopiero S. GOLDFLAM objaw ten dokładnie opisał i stwierdził, iż występuje on powszechnie przy ruchach kończyny, zarówno w przypadkach chromania przestankowego, w których stanowi do pewnego stopnia objaw dyagnostyczny, jak i w stanach fizjologicznych. Przeto omawiane zjawisko, wbrew twierdzeniu ERBA (*Klinische Beiträge zur Pathologie des intermitt. Hinkens [der Dysbasia angiosclerotica]. Münch. med. W. 1910, Nr. 21, 22*), słusznie nazwanem być może „z j a w i s k i e m GOLDFLAMA“.

ne w kanale kręgowym. Na podstawie powyższych obserwacji i gruntownych badań nad literaturą danego przedmiotu autor wypowiada swoje wnioski o każdym z tych trzech rodzajów nowotworów rdzenia.

Nowotwory kręgów należą przeważnie do kategorii złośliwych, najczęściej obserwowano mięsaki i raki kręgów, przyczem mięsaki bywają często pierwotne, raki zaś powstają w kręgach jako przerzut raka piersi, oskrzeli, przełyku, gruczołu tarczowego lub macicy; termin zjawiania się tych przerzutów bywa bardzo rozmaity od kilku miesięcy do kilkunastu lat po powstaniu pierwotnego ogniska. Obraz kliniczny w nowotworach kręgów składa się z objawów kostnych, korzonkowych i rdzeniowych. Objawy kostne występują w postaci zniekształcenia kręgosłupa, garbu łukowatego lub bocznego zsuwania się kręgów; garb ostry, jak przy *spondylitis*, zdarza się rzadko. Jednakże w wielu przypadkach zniekształcenia kręgosłupa nie widać wcale. Bolesność kręgów przy ucisku również bywa objawem niestałym. Czasem występuje nieznaczna sztywność kręgosłupa. Najwybitniejszym objawem bywają stałe i nadzwyczaj silne bole korzonkowe, które od kręgosłupa promieniają do przestrzeni międzyżebrowych, do nerwów kulszowych, czasem do nerwów łokciowych. Poza bólami często obserwowano w odpowiednich okolicach przeczulenia na skórze; znieczulenia korzonkowe stwierdzano rzadko. Czasem występują objawy podrażnienia lub porażenia korzonków przednich w postaci kurczów lub porażen i zaników poszczególnych mięśni. Objawy rdzeniowe posiadają wszystkie cechy poprzecznego uszkodzenia rdzenia; powstają one stopniowo pod postacią porażen spastycznych lub też nagle pod postacią wiotkiego porażenia z zaburzeniami w czynności zwieraczy, ze zniesieniem odruchów i uczucia. Nieraz pomimo istnienia nowotworu kręgosłupa objawy kliniczne w ciągu długiego czasu mogą być minimalne, a nawet, jak stwierdza SCHLESINGER, objawów tych może nie być wcale. Przytem nawet przy guzach złośliwych możliwe są remisyje kliniczne; przy guzach łagodnych rozwój cierpienia bywa zawsze bardzo powolny. Wreszcie przy guzach złośliwych możliwe są cierpienia samego rdzenia na tle zatrucia. Najtrudniej odróżnić klinicznie nowotwory kręgosłupa od próchnienia kręgów. SCHLESINGER podaje następujące momenty różniczkoworozpoznawcze. Za nowotworem kręgów przemawiają: rodzaj zniekształcenia kręgosłupa, bolesność samoistna trzonów kręgowych przy braku wrażliwości na ucisk, brak bólów przy wstrząsaniu kręgosłupa, wrażliwość na ucisk tuż obok kręgosłupa, obecność zmian odżywczych na skórze, półpasiec, długotrwałe bole korzonkowe, złamania kości i leukocytoza; natomiast tworzenie się ropni opadowych przemawia przeciwko rozpoznaniu nowotworu. Wogóle rozpoznanie nowotworów kręgów bywa nieraz bardzo trudne, zwłaszcza, że w przebiegu ich zdarza się nieraz gorączka; próba PIRQUET'a może dać nieraz pewne wskazówki rozpoznawcze, rentgenogram daje natomiast mało wyników pozytywnych.

Pod względem anatomicznym przy nowotworach kręgów obraz zmian może być rozmaity: po pierwsze, pomimo istnienia objawów klinicznych może nie być w rdzeniu ani makro- ani mikroskopowych zmian anatomicznych; po wtóre, nowotwory kręgów mogą wywierać jedynie ucisk na korzonki rdzeniowe, nie przechodząc do kanału kręgowego, wreszcie nowotwory mogą wrastać do kanału kręgowego i uciskać na rdzeń, powodując w odpowiednim miejscu spłaszczenie i rozmięczenie rdzenia. Rysunek rdzenia na przekroju poprzecznym bywa w takich razach zatarty, drobnowidzowo istota biała rdzenia ma wtedy wygląd sitowaty w skutek pęcznienia i rozpadu myeliny oraz pęcznienia i zaniku wyrostków osiowych z następczym słabym rozrostem neuroglei; największe zmiany widoczne są przytem w słupach tylnobocznych; przy nowotworach łagodnych prócz zmian na miejscu ucisku powstają zwyrodnienia wtórne. Czasem nowotwory kręgów, drażąc do kanału krę-

gowego, przerastają oponę twardą i wrastają do samego rdzenia, w wyjątkowych przypadkach tworzą się przytem ogniska przerzutowe w samym rdzeniu. Należy wreszcie pamiętać o tej ewentualności, że przy istnieniu nowotworów złośliwych w innych narządach mogą powstać w rdzeniu zmiany na tle toksycznym lub przerzutowym, przyczem badanie drobnowidzowe albo nie wykrywa żadnych zmian w rdzeniu i nerwach, albo zmiany degeneracyjne, albo też nowotworowe zmiany w postaci guzów lub nacieczenia opon przechodzącego na rdzeń.

Leczenie chirurgiczne nowotworów kręgow nie dało dotychczas pomyślnych wyników, zwłaszcza przy raku; cokolwiek lepsze dało przy mięsaku, przy którym udawało się po zabiegu osiągnąć nawet kilkoletnią poprawę; pomyślne wyniki osiągnano przy bąblowcu kręgow i przy osteomatach i egzostozach; pozatem stosowano przy mięsaku arsenik i rtęć bez wyników dodatnich.

Nowotwory wewnątrzkręgowe jako pierwotne siedlisko mają najczęściej śródpiersie, mięśnie szyi, tułowia lub jamę brzuszną, bardzo rzadko wyrastają one ze splotów nerwowych i drażą do kanału przez otwory międzykręgowe, oszczędzając kości kręgow, i tylko w rzadkich przypadkach dostają się do kanału kręgowego po przeżarciu kości. Rozpoznanie bywa łatwe o ile przy widocznym guzie pierwotnym występują objawy rdzeniowe, w razie zaś gdy guz pierwotny pozostaje ukryty, rozpoznanie bywa bardzo trudne. Objawy kliniczne zależą od poziomu umiejscowienia guza. Przy nowotworach śródpiersia często jako pierwsze objawy korzonkowe występują bole i parestezye w górnych kończynach, po których następuje porażenie kończyn z zanikiem mięśni. Objawy rdzeniowe w postaci porażenia obu dolnych kończyn występują zazwyczaj znacznie później, rozwijają się nieraz jednak bardzo szybko, a nawet powstać mogą nagle; objawy czuciowe i zaburzenia w czynności zwieraczy występują jednocześnie lub w jakiś czas po porażeniu. Czasem można stwierdzić na odpowiednim poziomie bolesność kręgosłupa. Przy przejściu nowotworów z mięśni tułowia lub szyi objawy rozwijają się w podobnym porządku, jedynie obszar porażenia bywa zależny od wysokości umiejscowienia nowotworu. Przy umiejscowieniu w szyi następuje porażenie wszystkich 4-ch kończyn, przy umiejscowieniu w tułowiu — tylko dolnych kończyn. Paraliż w tych przypadkach bywa zwykle wiotki, objawy spastyczne i wzmożenie odruchów można obserwować tylko w początkowych okresach cierpienia. Śmierć w tych przypadkach następuje dosyć szybko, często nagle. Czasem guz dociera do kręgosłupa, nie przechodząc do kanału kręgowego i uciska jedynie korzenie nerwów rdzeniowych, tem niemniej jednak wywołuje objawy rdzeniowe i zmiany patologiczne w samym rdzeniu. Nieraz objawy mózgowordzeniowe powstają nawet przy guzach oddalonych, nie docierających do kręgosłupa, drogą toksemiczną lub przez nacieczenie nowotworowe opon rdzeniowych i rdzenia. Odróżnienie ostatniego rodzaju przypadków od tych, w których nowotwór przechodzi do kanału kręgowego, bywa bardzo ważnem przy ustalaniu wskazań do operacji; niestety, odróżnienie to bywa bardzo trudne, można się przy tem do pewnego stopnia opierać jedynie na tem doświadczeniu, że nowotwory, leżące tuż przy kręgosłupie, wywołują objawy rdzeniowe dzięki przejściu do kanału kręgowego, zaś oddalone od kręgosłupa nowotwory działają na rdzeń drogą naczyniową krwionośnych.

Pod względem anatomicznym masy nowotworowe po wejściu do kanału kręgowego otaczają oponę twardą rdzenia na wysokości kilku odcinków, zajmując zwykle grzbietową powierzchnię opony po jednej lub obu stronach, czasem przechodzą nawet na jej przedni obwód, przytem mogą jedynie przylegać do opony lub bywają z nią zrośnięte. Na samym rdzeniu widocznych śladów ucisku zazwyczaj nie spotykamy, tylko wyjątkowo stwierdzano zupeł-

ne rozmięknienie rdzenia na miejscu ucisku. Same opony bywają czasem zlekką zgrubiałe. Nowotwór albo pozostaje na zewnątrz opony twardej, albo przeżera ją i przechodzi na oponę miękką, a nawet na sam rdzeń; zdarza się to zwłaszcza przy mięsakach, gdy tymczasem raki, według SCHLESINGER'a, nigdy opony nie przeżerają. W rdzeniu badanie drobnowidzowe wykrywa ogniska zwyrodnienia na poziomie mas nowotworowych przeważnie w słupach bocznych i tylnych. Ogniska te bywają nieraz symetryczne, mają często postać klinów i odpowiadają przebiegowi naczyń i przegród. W ogniskach widać rozpad elementów nerwowych, duże luki w siatce neuroglei, wypełnione resztkami myeliny, spęczniałymi wyrostkami osiowymi, komórkami ziarnistymi, nieraz dużą liczbę ciałek amyloidowych. Naczynia krwionośne w tych ogniskach nie wykazują zmian, albo mają jedynie zlekką zgrubiałe ścianki. Rozrost neuroglei w ogniskach bywa bardzo nieznaczny; czasem widać go jedynie w okolicy naczyń. W wyjątkowych wypadkach widać wokół naczyń zwiększenie liczby jąder i rozszerzenie okołonaczyniowych przestrzeni chłonnych. Prócz wyżej opisanych ognisk widać czasem na całym poprzecznym przekroju rdzenia jakby centkowane drobne ogniska z dużymi lukami i spęczniałą myeliną, przyczem naczynia krwionośne bywają rozszerzone i wypełnione krwią. Czasem znajdowano krwotoki w istocie szarej rdzenia i rozmięknienie całego przekroju. Korzonki nerwowe ulegają czasem zwyrodnieniu i wtedy w rdzeniu znajdujemy obrazy odpowiednich zwyrodnień wtórnych, a w razie zmian w korzonkach przednich—zmiany wsteczne w komórkach rogów przednich. W okolicach rdzenia, leżących zdala od nowotworu, znajdujemy tylko rzadko zwyrodnienia wtórne, czasem zwyrodnienia te występują jedynie w pewnym oddaleniu od miejsca ucisku, co wskazuje na większą wrażliwość tych części szlaków długich, które są najbardziej oddalone od swoich ośrodków troficznych. Oprócz zwyrodnień wtórnych widziano nieraz w całym rdzeniu lekkie zmiany w układzie naczyniowym w postaci zgrubienia ścianek i bujania otaczającej neuroglei, prócz tego rozszerzenie dookoła naczyniowych i dookoła komórkowych przestrzeni chłonnych. Czasem w okolicach rdzenia, oddalonych od miejsca ucisku, występują zmiany w pasie korzonkowym słupów tylnych, wywołane przez ucisk wywierany na korzonki za pośrednictwem płynu mózgowordzeniowego. Wyżej wyszczególnione zmiany powstają nie tylko w skutek bezpośredniego ucisku, lecz i przez zatamowanie obiegu limfy i krwi w rdzeniu oraz drogą toksemiczną.

Leczenie operacyjne w guzach zewnątrzkręgowych ma małe pole działania, gdyż wiele guzów, jak np. wychodzące z śródpiersia, nie może podlegać usunięciu. Leczeniu operacyjnemu z widokami dobrego wyniku mogą natomiast podlegać guzy wychodzące z mięśni. W ostatnich czasach zalecało przy tych guzach leczenie promieniami ROENTGEN'a.

Nowotwory wewnątrzkręgowe bywają przeważnie niewielkich rozmiarów i leżą z tyłu i z boku od rdzenia, uciskają więc przedewszystkiem korzonki rdzeniowe i jedną połowę przekroju rdzenia. Wobec tego w typowych przypadkach przy guzach tych występują początkowo objawy korzonkowe i połowiczego uszkodzenia rdzenia [BROWN-SEQUARD'a], następnie zaś objawy całkowitego uszkodzenia przekroju rdzenia. Objawy korzonkowe występują w postaci bólów, znieczulenia i zaników mięśni. Bole bywają nadzwyczaj męczące i długotrwałe, odpowiadają umiejscowieniem uciskanym korzonkom, czasem jednak bole bywają nieznaczne, a nawet wcale ich niema, przytem zjawiać one mogą w okolicach ciała, nie odpowiadających ani uciskanym korzonkom, ani odcinkom rdzenia; w nasileniu bólów mogą się zdarzać wahania, a nawet długotrwałe okresy bezbolesne. Znieczulenia korzonkowe bywają objawem niestałym i często przechodzą bezpośrednio w znieczulenia rdzeniowe. Objawem ucisku na korzonki przednie bywają drgania

i kurcze w mięśniach oraz porażenia i zaniki mięśni. Zaniki te bywają widoczne jedynie w tych wypadkach, kiedy guz uciska na korzonki *plexus brachialis* lub *lumbo-sacralis*, a jak stwierdził OPPENHEIM—zaniki korzonkowe bywają widoczne i w mięśniach brzucha. Zanikom tym towarzyszą bardzo nieznaczne zmiany odczynu elektrycznego, często nawet zmian reakcyi wcale niema. W dalszym okresie cierpienia objaw BROWN-SEQUARD'a rzadko występuje wyraźnie, najczęściej bywa tylko słabo zaznaczony, czasem nie występuje wcale. Następnie stopniowo ustala się paraplegia spastyczna wskutek uszkodzenia całego przekroju rdzenia, poczem dopiero występują zaburzenia czucia, które dotyczą wszystkich jego rodzajów i jedynie wyjątkowo mają charakter dysocjacji. Jednocześnie z zaburzeniami czucia zjawiają się zaburzenia w czynności zwieraczy, które czasem występują bardzo późno. Do objawów uszkodzenia przekroju rdzenia należą również bardzo męczące dla chorych kurcze i prężenia w mięśniach kończyn dolnych, nieraz połączone z bólami i występujące przeważnie w nocy. BRUNS uzależnia te prężenia od podrażnienia długich dróg ruchowych, autor zaś sądzi, że w powstawaniu ich odgrywa rolę zatamowanie impulsów hamujących, biegnących od mózgowia do ośrodków rdzeniowych. Wrażliwość na ucisk kręgow, odpowiadających umiejscowieniom guza, bywa objawem niestłym i zwoźniczym. Przebieg guzów oponowych zwykle bywa przewlekły, postępujący, czasem jednak następuje gwałtowne pogorszenie; zdarza się, wprawdzie bardzo rzadko, i samoistna przemijająca poprawa. Stosowanie wyciągania przy guzach oponowych zawsze sprowadza gwałtowne pogorszenie. Badanie promieniami ROENTGEN'a tylko w rzadkich przypadkach daje wynik pozytywny. Przekłucie lędźwiowe wpływa czasem dobroczynnie na bole i parestezye; w płynie mózgoworodzeniowym znajdowano czasem komórki nowotworowe. Przy rozpoznawaniu poziomu umiejscowienia guza należy się kierować prawem SCHERINGTON'a, uzależniającem unerwienie czuciowe każdego pasa skóry od 3—5 odcinków rdzeniowych. Wobec tego guz leży zawsze o parę odcinków wyżej od najwyższego znieczulonego miejsca skóry. Czasem jednak ponad usadowieniem guza tworzy się obrzeż w rdzeniu, przezco granica znieczulenia na skórze posuwa się wyżej, aniżeli by wypadła zależnie od umiejscowienia guza. Przy rozpoznawaniu guzów oponowych duże trudności nastęca odróżnienie ich od guzów wewnątrzrdzeniowych. Dawniej LEYDEN, a obecnie OPPENHEIM, BRUNS, STERZ i inni wyrażają się sceptycznie o możliwości odróżnienia tych dwu rodzajów guzów. OPPENHEIM sądzi, że przy guzach wewnątrzrdzeniowych bolejbymają nieznaczne, obraz cierpienia przypomina podostrą lub ostrą postać zapalenia rdzenia, a rozwijające się objawy mają typ wstępujący; w przebiegu cierpienia zdarzają się znaczne i częste wahania. MALAISÉ utrzymuje, że za guzem zewnątrzrdzeniowym przemawia długi okres bólów korzonkowych, bólów kręgowych, istnienie ruchowych objawów korzonkowych i typu porażenia—BROWN-SEQUARD'a; za nowotworem wewnątrzrdzeniowym przemawia nieregularny przebieg cierpienia, brak bólów, brak bolesności kręgow i rozszczepienie czucia. Jednakże sam MALAISÉ przyznaje, że żaden z tych objawów nie jest miarodajnym dla rozpoznania i jedynie cały przebieg cierpienia oraz kolejność występowania objawów może czasem wyjaśnić wątpliwości. STERZ za najcharakterystyczniejszy dla guzów wewnątrzrdzeniowych uważa wstępujący lub zstępujący typ występowania objawów. Odróżnienie guza oponowego od rozlanego stwardnienia może niekiedy nastęca trudności, zwłaszcza jeżeli w przebiegu guza nie występują znaczne bole; obraz wtedy bywa podobny do nietypowej rdzeniowej postaci rozsianego stwardnienia, zwłaszcza, że i przy tem cierpieniu zdarzają się niekiedy bole i postać porażenia BROWN-SEQUARD'a, i dopiero dłuższa obserwacja wyjaśnia rozpoznanie. Należy mieć przytem

na widoku następujące szczegóły: przy stwardnieniu rozszaniem przebieg cierpienia nie bywa tak stale postępującym, jak przy guzie oponowym, bole przy stwardnieniu zdarzają się bardzo rzadko i nie bywają zbyt silne i uporczywe, natomiast chorych męczą często parestezye; znieczulenia przy stwardnieniu nigdy nie bywają zupełne, chorzy z guzem oponowym przy bólach starają się zachować zupełny spokój, natomiast chorzy na stwardnienie rozszane często w tych okolicznościach nie kładą się nawet do łóżka. Odróżnienie guza oponowego od syringomyelii napotyka na trudności zwłaszcza wtedy, gdy jednocześnie z tem cierpieniem istnieje *pachymeningitis hypertrophica*. Za syringomyelią przemawia obecność zaburzeń naczynioruchowych i odżywczych na skórze i w kościach oraz wyraźne rozszczepienie czucia, brak objawów korzonkowych, brak bólów i rozwój cierpienia w kierunku pionowym, a nie poprzecznym, jak bywa przy guzach. Odróżnienie od *meningitis serosa spinalis* bywa niemożliwe. Wogóle rozpoznanie guza oponowego dotychczas jeszcze nastarcza wielkie trudności.

Pod względem anatomicznym przy guzach oponowych znajdowano następujące zmiany. Rdzeń bywa przeważnie uciśnięty, zniekształcony i przesunięty w jedną stronę, czasem spłaszczenie rdzenia bywa bardzo znaczne. Zmiany drobnowidzowe w rdzeniu można podzielić na 3 kategorie: zmiany na miejscu ucisku, zmiany ogniskowe poza miejscem ucisku i zwyrodnienia wtórne wstępujące i zstępujące. Zmiany na miejscu ucisku wyrażają się nieraz w znacznym zniekształceniu konfiguracji rdzenia, tak, że często trudno bywa odróżnić istotę białą od szarej, pozatem na przekroju rdzenia widać nieregularne nie ostro konturowane ogniska wysświetlonej myeliny, przeważnie w słupach tylnobocznych, przyczem zmiany bywają wybitniejsze po stronie guza, aniżeli po przeciwnej stronie. Wygląd ognisk bywa siatkowaty [areolarny], widać w nich pęcznienie, rozpad i zanik otoczek myelinowych, pęcznienie i zniekształcenie wyrostków osiowych, zniekształcenie i zanik komórek nerwowych. Naczynia krwionośne w oponach i rdzeniu bywają rozszerzone, ścianki ich nie zmienione. Bujania neuroglei nie widać. W korzonkach nerwów rdzeniowych bywają widoczne jedynie lekkie zmiany po stronie guza, w oponach widocznych zmian niema. Na zaznaczenie zasługuje, że nie spotyka się zmian o charakterze zapalnym, ani też wybitniejszych zmian w przestrzeniach limfatycznych. Nawet w tych miejscach rdzenia, w których zniekształcenie bywa bardzo znaczne, widać nieraz zachowane komórki nerwowe i wyrostki osiowe, co świadczy o dużej odporności elementów nerwowych. Powyżej i poniżej guza konfiguracja rdzenia staje się szybko normalną, na przekroju widać tu jeszcze niekiedy obfitsze ukrwienie, natomiast zmiany ogniskowe występują bardzo rzadko. Widywano w rdzeniu na miejscu ucisku, oraz powyżej i poniżej tego miejsca tworzenie się jam, które powstały przypuszczalnie jako skutek zmian cyrkulacyjnych i krwotoków. Zwyrodnienia wtórne w rdzeniu przy nowotworach oponowych bywają na ogół słabo wyrażone, często zaczynają się one pojawiać dopiero w pewnym oddaleniu od miejsca ucisku. Zmiany uciskowe w rdzeniu powstają wskutek zaburzeń cyrkulacyjnych, wywołanych przez momenty mechaniczne, przyczem początkowo powstaje prawdopodobnie zastoinowy obrzęk tkanki, który następnie mija; prócz tego działa bezpośredni ucisk rdzenia i ucisk wywierany na naczynia krwionośne. W każdym razie sprawy zapalne nie odgrywają tu żadnej roli lub wyjątkowo rolę drugorzędą. Przeto możliwy jest powrót do normy, gdyż tkanka nerwowa nie ulega znacznemu uszkodzeniu, na co już wskazuje brak zwyrodnień wtórnych i zachowanie komórek nerwowych nawet w miejscach największego ucisku, chociaż nawet istnienie zwyrodnień wtórnych nie przeczy możliwości restytucji. Pamiętać wreszcie należy, że przy ucisku mogą powstać wybitne zmiany czynnościowe bez zmian histologicznych.

Według dotychczasowej statystyki wynik dodatni przy leczeniu chirurgicznym guzów kręgowych otrzymano mniej więcej w 50% przypadków. Najlepsze rezultaty dawały guzy w części grzbietowej rdzenia. Operować należy na jednym posiedzeniu i unikać o ile możności wstrząśnień. Wycinanie nawet dużej liczby łuków kręgowych nie wpływa ujemnie na statykę kręgosłupa. Oponę twardą należy zawsze przecinać, nie ograniczając się do jej palpacji, jednakże bezpośrednio przed rozcięciem opony należy nadać operowanemu pozycję **TRENDELENBURGA** w celu uniknięcia zbyt szybkiego upływu płynu mózgowordzeniowego i zbyt szybkiego zmniejszenia ciśnienia tego płynu. Guz wewnątrzoponowy można wycinać bez opony, należy jedynie zeskrobać dokładnie wewnętrzną powierzchnię opony na miejscu usadowienia guza. Poprawa i powrót funkcji po operacji następuje zwykle dosyć szybko; w pomyślnych przypadkach w ciągu paru miesięcy następuje zwykle zupełny i trwały powrót do normalnego stanu. Czasem poprawa bywa nie zupełną, powstają objawy zrenicowe, spastyczne, wzmózone odruchy ścięgnowe, przykurczenia, zaburzenia czucia głębokiego i t. p.; w tych przypadkach, w których rdzeń uległ zbyt głębokim zmianom, poprawa nie następuje zupełnie. Czasem po operacji następuje chwilowe pogorszenie w postaci porażenia wiotkiego, które zwykle szybko mija, zdarzają się też po operacji bole i parestezye. Śmierć następuje czasem natychmiast po operacji wskutek wstrząsu, albo też w kilka dni lub tygodni wskutek ropnego zapalenia opon i odleżyn septycznych. Czasem śmierć po operacji następuje przy objawach stopniowego upadku sił wskutek przyczyn dotychczas niewyjaśnionych.

Jan Koelichen.

Przegląd bibliograficzny.

WŁADYSŁAW JANOWSKI. Współczesne metody badania serca. [Prace Tow. Naukowego Warsz., Nr. 2].

Jakby ku uczczeniu pamięci **JÓZEFA STRUSIA**, niepospolitego znawcy polskiej *artis sphygmicae*, wydał kol. **JANOWSKI**, w 4-setną rocznicę jego urodzin, książkę, poświęconą w znacznej części tej właśnie *ars sphygmica* współczesnej, książkę, powiedzmy z góry, pierwszorzędnej wartości naukowej. Na 176-u stronach druku autor kolejno rozbiera zadania dyagnostyki czynnościowej serca, metody badania tętna [wymacywanie tętna, sfigmografię, sfigmomanometrię, badanie tętna przy wzmózonej czynności serca, określanie szybkości krążenia krwi i sfigmobiometrię **SAHLI'**ego], dalej—w paru krótszych rozdziałach—współczesne sposoby określania granic serca i zapisywanie jego tonów, elektrokardiografię, badanie chemiczne krwi w zastosowaniu do określeń sprawności serca i sposób termometryczny **POCZOBUTTA**.

Najwięcej miejsca zajęła ocena rezultatów badań sfigmograficznych w odniesieniu do poszczególnych zaburzeń rytmu serca. Klasyfikację tych zaburzeń opiera J. na jedynie dziś możliwej zasadzie fizycznych własności mięśnia sercowego, zastrzegając się zresztą przy sposobności, że ani myogenetyczna, ani neurogenetyczna teoria same przez się nie tłómaczą dostatecznie prawidłowej czynności serca. Zestawienie wniosków tego rozdziału, opartych na porównaniu licznych krzywych sfigmograficznych i kardiograficznych, było u nas tem bardziej niezbędne, że uproszczone tłómaczenie róż-

nych postaci niemiarowości tętna jest u nas pospolite, mieszanie zaś różnych nazw i zjawisk takich, jak hemisystolia i bigeminia serca, zdarza się dotąd aż nazbyt często. I jakkolwiek ściśle rozpoznawanie, czy np. dane skurcze dodatkowe mają swój punkt wyjścia w węźle PALADINO-HISA, czy w węźle ASCHOFF-TAWARY, będzie zawsze udziałem nielicznych tylko pracowni klinicznych, to jednak poznanie z a s a d takiego różniczkowania winno stać się własnością ogółu wykształconych lekarzy.

Z badań sfigmomanometrycznych, po których do niedawna tyle sobie obiecywano, autor doskonale wyłuskał osiągnięte nieliczne korzyści praktyczne i teoretyczne. Dokładne uświadomienie wniosków tych pośród lekarzy praktyków staje się dziś już koniecznością tem większą, że błędne pojęcia o stałym jakoby obniżeniu ciśnienia krwi w stanach niewyrównania sercowego, oraz o wzrastaniu jego w miarę poprawy, są jeszcze rozpowszechnione, a stwierdzone przez SAHLI'ego zjawisko t. zw. *Hochdruckstauung*—stanu zastoinowego przy wysokim ciśnieniu—mało jest brane pod uwagę.

Znakomite opanowanie całokształtu dwu tych działów [sfigmografii i sfigmomanometrii], osiągnięte drogą zmuśnych, wieloletnich badań własnych oraz wytrwałych, metodycznych studyów piśmiennictwa odnośnego, stawia autora w szeregu niezbyt licznych i w Europie Zachodniej pierwszorzędnym znawców tego przedmiotu. Pomimo jednak wielkiego zagłębienia się w badania teoretyczno-kliniczne, autor z powściągliwością doświadczonego praktyka formułuje swe wnioski praktyczne i nie traci w nich z oczu „bankructwa prostych prób“, jako sprawdzianów sprawności czynnościowej serca. Najśluszniej też, a dobitnie wypowiada się o nich w tym względzie, że „dążą do rozwiązania najtrudniejszego pytania biologicznego zapomocą jednostronnych metod badania“, nie liczących się z niezmierną sprawnością aparatów regulujących układu naczyniowego. Podkreśla wreszcie doniosłą wartość z dawna znanych metod badania [próba wysiłku fizycznego, dokładne w tym kierunku wywiady] i te metody w zakończeniu swej pracy gorąco poleca.

Oceniając książkę JANOWSKIEGO pod względem formalnym, zaznaczyć należy, że nie ma ona charakteru podręcznikowego: jest to zestawienie ściśle naukowe licznych i zmuśnych prac autora i obcych, liczące się tylko z poziomem dzisiejszym odnośnych badań naukowych, a mniej dostępne dla czytelnika z niemi dotąd nieobznajmionego. Opisu i rysunków przyrządów autor nie podaje. Stąd uwidocznia też wielką potrzebę pośrednich ogniw naukowych, w pierwszej linii głębszego podręcznika dyagnosyki klinicznej.

Dla względów przytoczonych książka JANOWSKIEGO w całej pełni będzie oceniona tylko na obcym gruncie. U nas oby spełniła zadanie pogłębienia poziomu naszych badań klinicznych w zakresie cierpień układu naczyniowego, i niechaj będzie jeszcze jednym świadectwem, że ofiarną wytrwałością i w naszych dzisiejszych warunkach stworzyć można ognisko pracy naukowej na wysoką skalę.

Pod względem językowym pracę kol. JANOWSKIEGO cechuje zwięzłość i prostota stylu. Terminologia w kilku ustępach nie jest zgodna z Słownikiem lekarskim krakowskim [żyła bramna—zamiast wrotna, ż. próżna—zamiast główna; tętnica dogłowowa—zamiast szyjna i t. p.]. Treść ilustrują 52 zdjęcia krzywych sfigmograficznych, z których 42 stanowią owoc własnej pracy autora.

W. Starkiewicz.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

POSIEDZENIE NEUROLOGICZNO-PSYCHIATRYCZNE

dnia 19-go lutego 1910 r.

I. STERLING i HANDELSMAN. Dwa przypadki niemoty ruchowej.

a) Chora lat 65, rok temu straciła nagle mowę, co jednak przeszło po paru godzinach; 9 tygodni temu znowu utrata mowy, trwająca dotąd. Badanie obiektywne żadnych zmian ze strony kończyn i nerwów czaszkowych nie wykazuje. Zaburzenia mowy noszą charakter afazy ruchowej korowej, mianowicie chora rozumie wszystko, co się do niej mówi, samodzielnie mówi, przedstawiając zgłoski, jakby jękając się, z zachowaniem świadomości, kiedy mówi źle; powstawanie wyrazów jest wybitnie utrudnione. Brak zaburzeń artykulacyjnych, element amnestyczny bardzo mało wyrażony. Czytanie utrudnione. Apraksyjnych objawów niema zupełnie. Zasługuje na uwagę zupełny brak zaburzeń inteligencji, badanej różnemi metodami.

b) Chory lat 60, 8 miesięcy temu po wzięciu gorącej łaźni dostał polowiczego prawostronnego porażenia, do którego po pewnym czasie przyłączyły się zaburzenia mowy. Obiektywnie: *hemiplegia dextra spastica*. Mowa przedstawia zaburzenia afatyczne o charakterze pozakorowym. Rozumienie mowy dokładnie zachowane, przy mówieniu samodzielnem zahacza się, niema jednak zaburzeń artykulacyjnych. Powtarzanie zachowane. Czytanie nieco utrudnione. Pisanie prawą ręką niemożliwe [porażenie], lewą — utrudnione, kopiowanie prawie bez zarzutu. Inteligencya zachowana. W obu przypadkach mamy do czynienia z niemotą ruchową bez śladów niemoty czuciowej; w pierwszym przypadku jest zajęty zwój Broca [zniesienie powtarzania], w drugim sam ośrodek jest wolny, a zajęte są drogi, prowadzące do niego [niemota pozakorowa]. Referenci uważają, że przypadki powyższe przemawiają przeciwko teorii MARIE'go, który uważa, że w każdym przypadku niemoty ruchowej są zaburzenia sensoryalne.

KOPCZYŃSKI zaznacza w dyskusyi, że dla rozstrzygnięcia sporu, toczącego się we Francyi co do niemoty, znaczenie posiadają jedynie przypadki sekcyjne oraz dodaje, że sam często widywał, iż dotknięci niemotą zaburzeń inteligencji nie wykazują i dlatego w praktyce sądowno-lekarskiej powinni być uważani za poczytalnych.

ŁAPIŃSKI stwierdza u demonstrowanych chorych osłabienie władz umysłowych, stan podniecenia i nie uważa ich za psychicznie normalnych.

FLATAU nie widzi u chorych objawów demencji, natomiast podkreśla specjalne ich zachowanie się [niepokój, chęć poprawiania się w mowie], co jednak nie dowodzi u nich zaburzeń intelektualnych.

WIZEL, STERLING również nie widzą możliwości stwierdzenia u demonstrowanych afatyków zaburzeń inteligencji.

2. WURCELMAN. Przypadek tężca głowy.

U chorej 5 tygodni temu nagle powstały dreszcze, obfite pocenie, obrzęk prawej połowy twarzy, ból zębów, potem zaburzenia lykania i szczękoscisk. Od kilku tygodni poprawa. Obiektywnie: Tętno 126. Silny skurcz mięśni twarzy, żwaczy, dna jamy ustnej i mięśni gardła. Punktem wyjścia dla

zakażenia było prawdopodobnie zapalenie w okostnej zębodołu. Przypuszczenie kurczu odruchowego upada wobec objawów ogólnych.

3) PECHKRANC. Przypadek dystrofii gruczołowej.

Chory lat 50, od 4-eh lat jest dotknięty zmianami odżywczemi w skórze oraz tkance podskórnej. Początek—objawy apatii, potem obrzęki na twarzy, wypadanie włosów. Badanie: brak owłosienia na kończynach, skąpe na *mons Veneris*, brodzie, brwiach. Skóra gładka, lśniąca, zgrubiała. Badanie krwi: anizocytoza, leukopenia. Zdaniem mówcy, przypadek ten jest analogiczny do przypadku opisanego przez CLAUDE'a i GOUGEROT'a, jako wyraz niedomogi wielogruzołowej, *insuffisance pluviglandulaire*, w którym na sekcji stwierdzono zmiany zanikowe w gruczołach o sekrecyi wewnętrznej.

BYCHOWSKI przypuszcza w danym przypadku zajęcie nie tylko przysadki mózgowej.

KOPCZYŃSKI wspomina o własnym przypadku *infantilismus myxoedematosus*, demonstrowanym w sekcji, w którym niewątpliwem było zajęcie gruczołu tarczowego [poprawa po tyreoidynie] i przysadki mózgowej [zdjęcie rentgenogramu].

HIGIER zwraca uwagę na korelacje histochemiczne, uniemożliwiające często rozstrzygnięcie pytania, który gruczoł cierpi pierwotnie, a który wtórnie.

STERLING wspomina o własnym przypadku tężyczki z objawami ze strony skóry i włosów, w którym przypuszczał zajęcie przysadki i gruczołu przytarczowego.

BREGMAN uważa, że niezawsze cierpienia przysadki dają zaburzenia wzrokowe [gdy nowotwór rośnie wewnątrz istoty mózgu].

4. SKŁODOWSKI. Przypadek nerwicy odżywczej.

Pokaz chorego, na którego kończynach od lat 8-iu wystąpiło i stopniowo rozwija się symetrycznie sine zaczerwienienie skóry z coraz to wyraźniejszym rozszerzeniem żył, bez innych zmian w zajętych częściach skóry. Skóra jest ścięczała, tkanka podskórna normalna, z wyjątkiem kończyny górnej lewej, na której jest wyraźnie zgrubiała, co jest dla obrazu chorobowego nietypowym. Przypadek ten należy do rzadkich przypadków zaniku skóry samoistnego, rozlanego (*atrophia cutis diff. idiopathica*) o typie, zbliżonym do *erythromelia*, opisaney po raz pierwszy przez PICK'a.

W dyskusyi FLATAU mówił o blizkiem pokrewieństwie cierpień skórnych z nerwowymi (*naevi, herpes zoster*).

HIGIER podkreśla różnice kliniczne pomiędzy *erythromelia* PICK'a a *erythromelalgia* WEIR-MITCHELL'a [w ostatniej bole, oraz nieobecność zabarwienia dłoni i stopy].

5. JAKUBOWICZ. Przypadek guza w kącie mózdzko-mostowym. (?)

U chorej, lat 52, w ciągu kilku tygodni rozwinęły się stopniowo objawy: prawostronna głuchota, zawroty i bole głowy, chód chwiejny, zataczanie się w prawą stronę. 2 lata temu operacya z powodu nowotworu gruczołowego w lewej jamie podpachowej, przed 8-iu miesiącami nawrot, operacya powtórna. Badanie: bezład górnych kończyn, głuchota prawostronna prawie zupełna. Porażenie nerwu twarzowego prawego o typie obwodowym. Osłabienie czucia dotykowego i bolowego na prawej stronie twarzy. Brak brodawki zastoinowej, co zresztą nie wyklucza możliwości w danym przypadku nowotworu przerzutowego w prawym kącie mózdzko-mostowym.

FLATAU wypowiada się przeciwko trepanacyi ze względu na brak wyraźnych objawów ogólnych i na niezupełną pewność rozpoznania.

MĘCZKOWSKI uważa, że istnienie głuchoty obustronnej nie wyklucza możliwości nowotworu, jest jednak również przeciwko zabiegowi operacyjnemu. Podobne zdanie wypowiada BYCHOWSKI.

HIGIER, przeciwnie, wyklucza nowotwór [brak objawów uciskowych, brak *areflexiae corneae*, brak zmian pobudliwości elektrycznej mięśni twarzy].

JAKUBOWICZ sądzi, że brak objawów ogólnych może zależeć od początkowego okresu rozwoju nowotworu i uważa operację za wskazaną.

6. KOPCZYŃSKI. Przypadek aleksyi (pokaz preparatu).

Chory l. 52, na 8 miesięcy przed śmiercią dostał lekkiego udaru apoplektycznego, poczem wystąpiły zaburzenia mowy i niedowład prawostronny. Badanie na 3 miesiące przed śmiercią: objawy niedowładu prawostronnego minimalne. Odruchy ścięgnowe po stronie prawej wzmoczone, skórne osłabione. Zaburzenia czucia na wszystkie rodzaje, głównie na zmysł stereognostyczny w ręce prawej. Hemianopsja obustronna prawostronna jednoimienna. Zaburzenia mowy: afazja o typie mi. szanym—ruchowo-zmysłowym w słabym stopniu i parafazja; pisanie dowolne i pod dyktando znacznie upośledzone. Największe zaburzenia w funkcji czytania: chory nie może złożyć nawet prostych wyrazów (*alexia verbalis*). W ciągu 3-ch miesięcy obserwacji zaburzenia ruchu i czucia, hemianopsja znikają stopniowo, podobnie jak zaburzenia mowy, *alexia* jednak pozostała bez zmiany. Na kilka tygodni przed śmiercią objawy zapaści, podczas jednego z nich chory zmarł. Sekcja zupełnie potwierdziła rozpoznanie kliniczne: znaleziono *ramollitio gyri angularis sinistri*. Sekcyjne przypadki aleksyi należą do wielkich rzadkości.

Posiedzenie 19-go marca 1910 r.

1. ZYLBERBLASTÓWNA. Dwa przypadki przypuszczalnego nowotworu rdzenia.

a) Chora lat 40, doznaje od roku osłabienia kończyn dolnych, parestezyi. Operowana przed 3 miesiącami na nowotwór macicy. Przedmiotowo: *paraplegia spastica* ze zniesieniem dolnych odruchów brzusznych. Zniesienie czucia bolowego i ciepłikowego na dolnych kończynach aż do linii pępkowej, z zachowaniem dotyku i zmysłu mięśniowego. Brak bólów. Całość obrazu przemawia za nowotworem wewnątrzrdzeniowym na poziomie 8-go—9-go odcinka grzbietowego.

b) 65-letnia chora, cierpi od dwu lat na bole w krzyżu; od dwu miesięcy bole opasujące oraz w kończynach dolnych. Stopniowo rozwijający się bezwład dolnych kończyn z zaburzeniami urynowania i stolca. Badanie: bezwład spastyczny nóg [obustronny objaw BABIŃSKIEGO], zniesienie odruchów brzusznych, czucie na ból i ciepłikowe zniesione do dolnego brzegu żeber [po stronie prawej granica idzie wyżej], osłabienie zmysłu mięśniowego, dotyk zachowany. Można sądzić, że mamy do czynienia z nowotworem zewnątrzrdzeniowym na wysokości 7-go—8-go odcinka grzbietowego.

HIGIER uważa rozpoznanie guza wewnątrzrdzeniowego w 1-szym przypadku za podlegające dyskusji i przypuszcza możliwość guza samoistnego, nie metastatycznego.

FLATAU przyznaje trudności rozpoznania w pierwszym przypadku—czy mamy do czynienia z nowotworem wewnątrz- czy zewnątrzrdzeniowym; brak bólów oraz zachowanie czucia dotyku nie wyklucza nowotworu zewnątrzrdzeniowego.

2. STERLING. a) Przypadek *hemiatrophiae faciei progressivae*.

Chora lat 16, przed 4-ma miesiącami zauważyła zapadnięcie prawej okolicy skroniowej oraz przemijające klucie, po paru tygodniach zmiana zabar-

wienia w tem samym miejscu [brunatna barwa]. Przedmiotowo: układ nerwowy bez zmian z wyjątkiem zmian zanikowych w obrębie prawej połowy twarzy, zapadnięcia głównie w środkowej jej części, wraz ze zmianami układu kostnego w tej okolicy [stwierdzone też przez rentgenogram]. Brak zmian pobudliwości elastycznej. Mowca podkreśla brak objawów zajęcia n. trójdzielnego i sympatycznego, skłaniając się do teorii, upatrujących przyczynę połowicznego zaniku twarzy w zmianach w rdzeniu przedłużonym i moście WAROLA [BRISAUD, CLAUDE-PÉRARY]. Próba WASSERMANN'a wypadła ujemnie.

KOPCZYŃSKI w dyskusji wspomina o własnych 5-u przypadkach, przychylając się również do teorii BRISAUD'a, przypuszczającego istnienie zmian wrodzonych w istocie szarej, otaczającej komorę 4-ą.

b) Przypadek wodogłowa nabytego, powikłanego zaburzeniami psychicznymi.

Chora lat 46, przed 4-ma laty bole głowy, z wymiotami, stopniowe osłabienie wzroku. Od dwu miesięcy osłabienie nogi prawej. Przedmiotowo: prawostronna bolesność czaszki, obustronny zanik tarcz po zastoinie, niedowład lewego *abducens*, układ nerwowy bez zmian. Pod względem psychicznym nastrój głupekowaty, wesoly. Badanie inteligencji — defekty wnioskowania i sądzenia. Ubóstwo asocjacji [metoda JUNGA]. Mowca przypuszcza *meningitis serosa* w danym przypadku, podkreślając zmiany psychiczne, zbliżone do tego, co JASTROWITZ nazywa *moria*, występujące jednak tu bez manii dowcipkowania („*Witzelsucht*“ OPPENHEIM'a).

3) KOELICHEN. Przypadek *sarcomatosis* ośrodkowego układu nerwowego.

Chora lat 19, pół roku temu dostała gorączki, bólów głowy, wzrok powoli osłabł w obu oczach; wtedy stwierdzono brak w lewym oku odczynu obronnego, błądność tarcz nerwów wzrokowych. Po miesiącu wystąpił *strabismus convergens*, osłabienie lewych kończyn, porażenie lewego nerwu *facialis* o typie obwodowym, osłabienie odruchów rogówkowych, mowa nosowa, nieco dyzartryczna. Łykanie upośledzone. Ataksja w prawych kończynach, bezwład w lewych. Brak odruchów brzusznych, obustronny objaw BABIŃSKIEGO. Lekkie osłabienie czucia bolowego i termicznego w prawej kończynie dolnej.

Referent sądzi, że można wykluczyć *lues cerebrospinalis* [ujemny wynik odczynu WASSERMANN'a] oraz *myeloencephalitis disseminata* [objawy ogólnomózgowe] i przypuszcza nowotwór mózgu i rdzenia, mimo rozlaną sarkomatogę, za czem prócz obrazu klinicznego przemawia i zmienność objawów chorobnych.

BREGMAN zaznacza, że w *sarcomatosis* układu nerwowego znajdowano w płynie mózgowordzeniowym specjalne komórki, czego w danym przypadku nie było. Raczej można przypuścić *sclerosis multiplex*.

Podobne zdanie wypowiada HIGIER. LIPSTADT nie wykluczałby tu gruźlicy rozsianej opon miękkich.

ROZENTAL jeden z pierwszych opisał przypadek nowotworu mięsakowatego mózgu. KOPCZYŃSKI widział ksantochromię płynu mózgowordzeniowego w przypadku syfilisu rdzenia.

KOELICHEN wyklucza gruźlicę na podstawie zbyt długiego trwania choroby, oraz *sclerosis en plaques* na zasadzie obecności silnych bólów głowy.

4. JARECKI. Przypadek tak zwanego górnego wiądu rdzenia.

Chory lat 29, od lat dwu cierpi na bole strzelające, chwiejny chód, zaburzenia w urynowaniu, dwojenie się w oczach z opadnięciem powieki prawej;

od 5-u miesięcy utrata czucia na twarzy, ślinotok, utrudnienie mowy i jedzenia. 3 lata temu *lues*. Badanie przedmiotowe: Chód ataktyczny, brak odruchów ścięgnowych na kończynach dolnych, porażenie prawego m. *recti interni*, zniesienie odruchu źrenic na światło. Zastępują na uwagę objawy ze strony nerwów czaszkowych: zniesienie lub osłabienie czucia na twarzy, języku, wargach, dziąsłach. Objawy ze strony ruchowej części nerwu trójdzielnego [żucie]. Mowa ma charakter ataktyczny—chory nie umie posługiwać się wargami i językiem. Objawy ze strony n. IX, X (*crises laryngées*). Maską tabetyczną jest objawem dość rzadkim—spotyka się w 2–3% przypadków wjazdu rdzenia.

STERLING nie wyklucza syfilisu mózgowordzeniowego w danym przypadku.

BYCHOWSKI wspomina o badaniach EXNER'a nad osłami, które nie były w stanie żuć, ani połykać po przecięciu czuciowych gałązek nerwu trójdzielnego.

FLATAU, BORNSTEIN podnoszą rzadkość wystąpienia objawów wjazdu rdzenia w rok po zakażeniu syfilisem.

KOPCZYŃSKI wyklucza *lues cerebrospinalis* dla braku bólów głowy.

5. KOPCZYŃSKI. Przypadek *ophthalmoplegiae chronicae progressivae externae*.

Chory lat 35, przed 13-u laty zauważył opuszczanie się stopniowe powiek i utrudnienie przy patrzeniu w bok [musiał przekręcać przytem całą głowę]. Przedmiotowo: podniesienie obu brwi łukowate ku górze, obustronny *exophthalmus*, wybitna obustronna *ptosis* i niemal zupełne zniesienie ruchów gałek ocznych we wszystkich kierunkach. Oddziaływanie źrenic prawidłowe. Cierpienie to zostało przez GRAEFE'go w r. 1858 wyodrębnione jako oddzielna jednostka chorobna.

STERLING podkreśla brak dwojenia się w oczach, jako objaw charakterystyczny dla tego cierpienia.

HIGIER, przeciwnie, jest zdania, że przy ostrej oftalmoplegii dwojenie się jest prawidłem, jednak z czasem znika, przy oftalmoplegii chronicznej nie występuje wskutek przystosowania się stopniowego gałek ocznych przy fiksacji przedmiotu.

6. HIGIER. a) *Haematomyelia spontanea*.

Chory lat 45, nagle przed 9-u tyg. zachorował na silne bole nóg wraz z uczuciem mrowienia i ziębienia, oraz utrudnienie w chodzeniu. Przedmiotowo: *paraparesis* dolna o typie wiotkim—ze zniesieniem odruchów ścięgnowych, osłabienie czucia na wszystkie rodzaje na kończynach dolnych. Referent na razie myślał o *polyneuritis* [wybitny alkoholizm w wywiadach], potem jednak cofnął to rozpoznanie: choroba pojawiła się od razu, bole mają charakter opasujący, zaburzenia urynowania są wyraźne, odruchy brzuszne zniesione. Sądzi zatem, że mamy do czynienia z wylewem rurykowatym, powstałym samodzielnie, dochodzącym do 8-go odcinka grzbietowego.

FLATAU jest za pierwszym rozpoznaniem referenta—*polyneuritis*, które powstawać może również ostro i w którym są możliwe zaburzenia urynowania; przeciwko haematomyelii przemawia brak urazu, bolesność uciskowa mas mięśniowych i t. d.

b) Przypadek zboczenia rozwojowego w układzie nerwowym przy przewrotności płciowej.

Pokaz preparatu „*moulage*“, przedstawiającego okolice pośladków odbytu i narządów płciowych mężczyzny, dotkniętego pederastyą; na preparacie tym nerwy czuciowe, zaopatrujące normalnie narząd płciowy, zbierają się w okolicy

odbytu. Preparat ten, pomimo, że podobno modelowany jest z oryginału KRAFFT-EBINGA, należy uważać ze względu na dane naukowe za falsyfikat, wprowadzający w błąd nieświadomych rzeczy.

7. JAROSZYŃSKI. Przyczynek do psychoanalizy idei natrętnych.

Próba zastosowania metody psychoanalitycznej FREUD'a w 3-ch przypadkach natręctwa myślowego.

1. Uczeń lat 17. Skrupuły religijne i idee natrętne grzeszności rozwinęły się u niego po kilku latach pobytu w zakładzie wychowawczym o przesadnym rygorze religijnym. W wywiadach *onanismus* od 13-go roku życia, wstrzymanie się pod wpływem religii w 14-ym roku życia, od tego czasu częste spowiedzi i stopniowe rozwinięcie się obaw: wszystko wydawało mu się grzechem, co mogło dawać powód do myśli nieprzyzwoitych [ubieranie się w obecności kolegów, siedzenie blisko nich i t. d.]. Interpretacja w duchu FREUD'a: seksualność, która nabrała siły wskutek nienormalnego podniecenia, uległszy przez wpływ religijny stłumieniu, zaczęła powracać do świadomości pod inną formą, mianowicie pod formą tych wyobrażeń, które zostały użyte dla jej stłumienia. Skrupuły grzeszności powstały wskutek przeistoczenia się [transpozycji] siły stłumienia w siłę natręctwa.

2. Student teologii, lat 24. Podobne obawy przed ciągłym grzeszeniem i podobna geneza ich powstania. Prócz tego idee hipochondryczne, skierowane zwłaszcza na okolice serca, na zaburzenia oddechu oraz objawy niepokoju w rękach [ruchy natrętne]. Rezultat psychoanalizy: chorego dręczyły sny o treści seksualnej; pragnąc odsunąć wizje go męczące, wstrzymywał oddech i zaciskał pięści, aby odwrócić swoją uwagę drogą wywoływania cierpienia fizycznego; stąd zabarwienie hipochondryczne tych spraw, które zostały użyte do stłumienia seksualności.

3. Mężczyzna lat 33, myśli natrętne dotyczące nbrania, które mu się ciągle wydaje niewygodnym. Początek tego niepokoju, jaki odczuwa, gdy jest ubrany, datuje się od czasu, gdy popęd płciowy był wybitnie podniecony, a nie mógł być zadowolony [miłość do mężatki, jednocześnie *gonorrhoea*]; pierwsze ubranie, które go zaczęło drażnić, był tużurek, w którym chodził ubrany podczas bardzo go denerwujących u niej wizyt [szczegóły charakterystyczne nie mogą tu być podane].

STERLING sądzi, że w pierwszych dwu przypadkach nie mamy do czynienia z ideami natrętnymi, oraz zapytuje o wynik terapeutyczny.

BORNSTEIN, przeciwnie, jest zdania, że w obu przypadkach chorzy cierpią na idee natrętne, gdyż zdają sobie sprawę z bezsensowności tych idei.

HIGIER poddaje krytyce teorię FREUD'a i daje kilka przykładów przesadnej krańcowości jej zwolenników.

JAROSZYŃSKI wbrew STERLINGOWI potwierdza zdanie BORNSTEIN'a, że zachowanie krytyki względem idei natrętnych różni je od idei błędnych [w psychozach] i uważa, że spostrzeżenia powyższe są daleko mniej „naciągnięte” do faktów, niż to widzimy w samych dziełach FREUD'a.

Tad. Jaroszyński.

Wiadomości bieżące.

— W sprawie Komitetu Narodowego Polskiego na V Międzynarodowym Zjeździe Ginekologicznym w Petersburgu prof. A. MARS we Lwowie otrzymał następujące pismo, od prezesa Komitetu organizacyjnego w Petersburgu, prof. de OTTA:

„W odpowiedzi na Szanowne pismo Pańskie z dnia 30. V. r. b. mogę tylko potwierdzić, com pisał w listach poprzednich.

Komitet Narodowy Polski, podobnie, jak i Komitet Czeski, czynny będzie, jako Komitet samodzielny i zupełnie będzie oddzielny od Komitetu austriackiego. Organizacja Komitetu w całości zależy od decyzji Prezesa.

Nazwiska członków, które nam Pan wskazał, umieszczone będą w statucie, podobnie jak lista członków innych Komitetów, a delegaci Wasi na pewno brać będą udział we wszystkich posiedzeniach na takich samych prawach, jak Komitety innych narodowości.

Mam nadzieję, że odpowiedź moja stanowczo usunie Wasze wątpliwości.

Racz Panie i wielce Szanowny Kolego przyjąć i t. d.

Prof. Dr med. de Ott.

30-go maja [12-go czerwca] 1910 r.⁴

Z pisma Prezesa tego Zjazdu Międzynarodowego wynika, że Komitet Polski otrzymał te wszystkie prawa, jakie przysługują komitetom naukowym innych narodowości.

Spodziewać się należy, że i strona czysto formalna kwestyi—ogłoszenie drukiem i rozesłanie listy członków Komitetu Polskiego, nastąpi niebawem, a wtedy stanie się zadość wszystkim warunkom, od których lekarze Polacy uzależniali udział swój we wzmiankowanym Zjeździe.

Obecnie chodzi już o to, abyśmy możliwie dobrze obeślali pracami Zjazd ten, a przez liczniejszy udział w nim zaświadczyli i tym razem, że zawsze bywamy obecni tam, gdzie chodzi o naukę prawdziwą i o jej postępowanie istotny.

Zgłoszenia na Zjazd, odbyć się mający od 22-go do 28-go września r. b., z Królestwa Polskiego i Warszawy przyjmuje jeden z członków Komitetu Polskiego, mianowicie dr J. JAWORSKI, Warszawa, Zielna 13.

— Kol. L. BREGMAN wydał napisaną przez siebie *Dyagnostykę chorób nerwowych*, obejmującą 475 stron, 143 rysunki (przeważnie własne) i 2 tablice. Dzieło to, którego szczegółową ocenę podamy wkrótce, wypełnia bardzo ważną lukę w naszej literaturze lekarskiej i przynosi zaszczyt tej gałęzi wiedzy, która w ostatnich czasach dosięgnęła na naszym gruncie bardzo bujnego rozwoju.

— Dnia 15-go b. m. odbyło się w drugim terminie posiedzenie ogólne Towarzystwa Opieki nad chorymi umysłowymi i nerwowymi. Jest to instytucja, która w ciągu 9-letniego swego istnienia rozwinęła się nader żywo i nader pomyślnie. *Drewnica*, do niedawna pustkowie, rozporządza obecnie włókową fermą z ogrodem owocowym, warzywnym, polami uprawnymi i lasem, posiada kanalizację, wodociągi, pralnię mechaniczną, warsztaty dla chorych. Zakład, po wybudowaniu nowego pawilonu, może pomieścić obecnie do 200-u chorych, którym dwaj lekarze mieszkający na miejscu przy współudziale niestrudzonego kuratora (kol. K. Руч-ли́нскиго) zapewniają należytą opiekę. Przy leczeniu chorych stosowany jest tak zwany system drzwi otwartych z szerokim uwzględnieniem pracy chorych w warsztatach, polach i ogrodzie. W roku ubiegłym zakład drewnicki zapewnił chorym umysłowym 46,640 dni zakładowych, z czego 16,181 było zajętych przez 66 pensyo-

narzy na koszcie Towarzystwa. Niezależnie od Drewnicy działalność instytucji rozszerza się w innym kierunku. Oto w Karolinie pod Brwinowem buduje się sanatorium dla niezamożnych chorych nerwowych na 40 łóżek, gdzie w ciągu roku znajdzie pomoc 200 chorych, licząc na każdego przeciętnie 2 miesiące pobytu. Budynek sanatorium gotów będzie niezadługo, brak pieniędzy jednak odwleka chwilę otwarcia. Budżet tegoroczny obliczony jest na 129,830 rubli, z czego na Drewnicę wypada 46,000 rubli, na spłatę należności za kanalizację i wodociągi 15,000, na budowę sanatorium w Karolinie 66,500 rb. Towarzystwo poniosło w ubiegłym roku nader ciężką stratę przez śmierć nieodżałowanego swego prezesa, ś. p. dra EDWARDA KORNIŁOWICZA, który położył nieocenione zasługi dla Drewnicy i Karolina. Towarzystwo składa się z 274 członków. Do zarządu należy jako prezes p. rejent Z. WASIUTYŃSKI, vice-prezes dr B. CHROSTOWSKI, sekretarz dr K. WISZOCKI, skarbnik p. A. FREYER, kurator zakładu w Drewnicy dr. K. RYCHLIŃSKI, 13 członków zarządu i 3 członków komisji rewizyjnej. Wychodzący w tym roku 4-ej członkowie zarządu zostali wybrani ponownie. Na miejsce zmarłego kol. BUCELSKIEGO wybrano do komisji rewizyjnej kol. WŁ. BRUNNERA. Zarząd rozesłał przed zebraniem ogólnem nader starannie opracowane IX-te sprawozdanie z działalności Towarzystwa za rok 1909, w którym znajdujemy między innymi szczegółowy opis nowego pawilonu w Drewnicy z planami i rysunkami, i sprawozdanie lekarskie zajmujące napisane przez dotychczasowego dyrektora Drewnicy kol. KNOFFA. Obecnie dyrektorem jest kol. K. MISZEWSKI, a jego pomocnikiem kol. GRABOWSKI.

— Kol. TEOGOR HEIMAN (Marszałkowska 137) prosi wszystkich kolegów Polaków, którzy kiedykolwiek pisali o uchu i jego chorobach (anatomia, fizjologia, histologia, embryologia, patologia i leczenie), lub którzy posiadają jakiegokolwiek przyczynki do historii otyatrii w Polsce, aby prace swe wraz z krótką wzmianką biograficzną nadesłali mu w czasie możliwie najprędszym.

— Na wystawie w Odesie urządzono specjalny dział balneologiczny i fizjoterapeutyczny; kierownikiem tego działu został dr med. I. K. WIRSKI.

— Choroby zakaźne w Warszawie. W ciągu tygodnia od dnia 29-go do 4-go czerwca r. b. do szpitali warszawskich przybyło chorych, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 19, odrą 7, płonicą 18, błonicą 5, różą 10, tyfusem plamistym 21, tyfusem brzuszny 16, grypą 7, zapaleniem płuc 41 i biegunką krwawą 1.

W tymże tygodniu zmarło w szpitalach 19 osób, mianowicie: na ospę 3, różę 2, tyfus plamisty 2, tyfus brzuszny 2 i na zapalenie płuc 10. W całym zaś mieście liczba zmarłych na ostre choroby zakaźne, prócz zapalenia płuc, wynosiła 31 osób, mianowicie: na ospę zmarło 4 osoby, na odrę 4, płonicę 9, błonicę 3, różę 3, tyfus plamisty 1, i na koklusz 5.

Ogólna liczba chorych we wszystkich szpitalach wynosiła w dniu 29-im maja 1933.

Od Administracyi.

Upraszamy o nadsyłanie prenumeraty na półrocze drugie, oraz zaległej prenumeraty za czas ubiegły.

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz. Wydawca, Dr W. Szumlański.

Druk. K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

ŻELAZO!

Fersan

FOSFOR!

**Środek odżywczy i wzmacniający zawierający żelazo i fosfor
(Acidoalbumina)**

około 90% subst. białkowych, rozpuszczalnych w wodzie, zwiększa znacznie ilość hemoglobiny i czerwonych ciałek krwi, pobudza łaknienie, podnosi ciężar ciała i wzmacnia nerwy.

Proszek fersanowy.

Kołaczyki czekoladowe jodowo-fersanowe dla dzieci
(w kartonach oryginalnych po 50 sztuk.)

Kołaczyki fersanowe

Kołaczyki jodowo-fersanowe dla dorosłych
(w kartonach oryg. po 50 i 100 sztuk.)

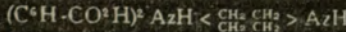
PANOM LEKARZOM piśmiennictwo i próbki bezpłatnie.
Otrzywać można we wszystkich aptekach.
Fersan-Werk. Wien IX.

PIPERAZYL

Dozwolony za № 278.

CENA RUB. 2.25

Prof. LERAT.



W pastylkach

flakon 60 past.

**GOŚCIEC. DNA. PIASEK MOCZOWY. ARTRYTYZM.
NAJLEPIEJ ROZPUSZCZA KWAS MOCZOWY.
ZALECANY PRZEZ NAJSŁAWNIEJSZYCH LEKARZY FRANCUSKICH I ZAGRANICZNYCH.**
Główny Agent na Cesarstwo G. POMMIER, Petersburg, Italiańska 14.

OUATAPLASME
D-ra E. LANGLEBERT'A

Zalecony we Francji przez Ministerjum Wojny, Marynarki i Kolonji
NATYCHMIASTOWY OPATRUNEK ASEPTYCZNY
STERYLIZOWANY PRZY 130°

Wykonywa się w jednej chwili na zimno lub na gorąco, może być stosowany sam przez się, albo z dodatkiem środków leczniczych; stosuje się w leczeniu:

Chorób skórnych: OSTRYCH I PRZEWLEKŁYCH (wyprysk, wysyp.)

Różnorodnych spraw renych: Wąglik, Ropień, Ropowica, Zapalenie żył, Róża, OPARZENIA — ZWICHNIĘCIA — STŁUCZENIA

Chorób oczu: Zapalenie tęcznicy i rogówki.

Główna Ajentura G. POMMIER — Petersburg — Italiańska 14.



Zródło radjoezyczne.
O J C O W gub.
 Kielecka

Kuchnia Lahmanowska

Blisze informacje udzieli Dyrekcja w Ojcowie. W Warszawie Kancelarja Tow. Higienicznego, Krak.-Przedm. 66, oraz Biuro Zaleskiego, Al. Jeruzolimskie 39.

Zakład leczniczy

pod kierunkiem D-ra Kozłowskiego

Otwarty od 1 Kwietnia do 1 Listopada

Laboratorium Chemiczne Magistra A. Bukowskiego Marszałkowska 54

poleca: **Zamiast TRANU** znany od lat wielu

JECOROL syrop o przyjemnym smaku, zawiera jod w organicznem połączeniu, fosfor i wapień w stanie rozpuszczalnym. Stosuje się w Rachitis, Scrophulosis, Osteomalacia i t. p. w ilościach od 20 kropeł do łyżeczki kawianej 2 — 3 razy dziennie.

Syrupus TUSSOL znakomity w smaku,—zawiera w swym składzie tiokol. Stosuje się zamiast niemieckiej Siroliny, jako środek wykrztusny i kojący w różnego rodzaju kaszlu, kokluszku i t. p.

Glycerophosphate de Chaux granulé. Ziarnisty glicerofosfat wapnia stosuje się jako środek wzmacniający ustrój nerwowy, jak również we wszelkich cierpieniach dzieci, mających związek z nieprawidłowym rozwojem układu kostnego.

Glycerophosphate de Chaux et de Fer. Glicerofosfat z żelazem w postaci organicznego związku pozbawionego zupełnie przykrego smaku żelaza. Stosuje się w przypadkach upośledzonego odżywiania i w różnych postaciach bezkrwiistości.

Wyroby mego laboratorium zaopatrzone są marką ochronną w postaci trójkąta i czerwonym podpisem „A. BUKOWSKI.”
 Sprzedaż w aptekach i składach aptecznych.

RUBINAT LIORACH



Naturalna woda mineralna

nagrodzona medalem złotym na wystawie Paryskiej w r. 1900

Najlepszy

Żądać na etykiecie

środek przeeczyszczający

podpisu Arger et C-ie

Dozwolony w Państwie Rosyjskiem przez Zarząd Lekarski d. 12 Sierpnia 1908 r. za Nr. 821.

Znani Lekarze francuscy i zagraniczni od lat przeszło 30-tu zalecają wodę Rubinat Liorach w zaparciach nawykowych i chwilowych, w uderzeniu krwi, otyłości, w zaburzeniach narządów trawienia, w chorobach wątroby i innych. Dawka normalna: pół szklanki (powiększać ją nieco można, zależnie od przypadku). Do nabycia we wszystkich aptekach i w składzie aptecznym Henryka Welta Przejazd Nr. 5 w Warszawie.

Pp. Lekarze mogą otrzymywać bezpłatnie próby wody Rubinat Liorach.

Z żądaniami zwracać się należy do składnika Henryka Welta Przejazd Nr. 5 w Warszawie. Przedstawiciel jeneralny Charles Fortier w Moskwie.